Série 5 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 11

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DU CANCER PRIMITIF DU FOIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 JANVIER 1883

PAR

Théophile-Alfred CHAUVEL

Né le 2 mars 1851 à Hombourg-Haut (Moselle)

Examinateurs de la Thèse :

MM. PICOT, *président.*
AZAM, *professeur.*
BOURSIER, RONDOT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
12 — Rue du Temple — 12

1883

Série 5 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 11

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DU CANCER PRIMITIF DU FOIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 JANVIER 1883

PAR

Théophile-Alfred CHAUVEL

Né le 2 mars 1851, à Hombourg-Haut (Moselle)

Examinateurs de la Thèse : MM. PICOT, *président.* — AZAM, *professeur.* — BOURSIER, RONDOT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
12 — Rue du Temple — 12

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

PROFESSEURS :

Anatomie	MM.	BOUCHARD.
Physiologie		ORÉ.
Physique		MERGET.
Chimie		MICÉ.
Histoire naturelle		GUILLAUD.
Pathologie générale		VERGELY.
Pathologie interne		DUPUY.
Pathologie externe		AZAM.
Anatomie pathologique		COYNE.
Histologie et anatomie générale		VIAULT.
Médecine opératoire		MASSE.
Pharmacie		FIGUIER.
Thérapeutique		DE FLEURY.
Hygiène		LAYET.
Médecine légale		MORACHE.
Médecine expérimentale		JOLYET.
Matière médicale		PERRENS
Clinique médicale		PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale		DENUCÉ. LANELONGUE
Clinique obstétricale		MOUSSOUS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN,	MM. BOURSIER,	MM. POINSOT,
RONDOT,	LEFOUR,	TESTUT,
LANDE,	DUPON,	CARLES,
SOLLES,	DEMONS,	PÉRIER,
ARMAINGAUD,	GERVAIS KOYSIEWICZ,	BLAREZ.

MAITRES DE CONFÉRENCES

Accouchements	MM. LEFOUR.	Chimie et pharmacie	MM. CARLES.
Physique	BERGONIÉ.	Histoire naturelle	PÉRIER.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enfants	MM.	NÉGRIÉ.
Clinique chirurgicale des enfants		BITOT.
Ophthalmologie		BADAL.
Maladies vénériennes		VENOT.
Maladies mentales		TAGUET.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549628_0061

à Monsieur le Professeur PICOT

mon président de Thèse.

Et à tous les professeurs de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

INTRODUCTION

Dans ces derniers temps, à la Clinique médicale de M. le professeur Picot, nous avons eu l'occasion d'observer deux malades atteints de cancer primitif du foie.

Les cas de cette affection, surtout quand le cancer se présente sous la forme d'une tumeur unique, forme qui était précisément présentée par un de nos malades, étant assez rares dans la science, nous avons cru qu'il pouvait être intéressant de choisir pour sujet de notre dissertation inaugurale l'étude du cancer primitif du foie.

Dans ce travail, nous n'avons pas la prétention d'aborder les grands problèmes de l'anatomie pathologique qui ont trait à cette lésion hépatique, ni de rechercher par des études personnelles d'histologie la solution de ces problèmes. Notre but est beaucoup plus modeste, nous voulons seulement exposer, autant qu'il nous sera possible et sans autre prétention l'état de la science sur la question, réservant à

d'autres plus autorisés que nous les études plus complètes d'anatomie fine que le sujet comporte.

Donc, ce travail sera un exposé de faits connus auquel nous ajouterons quelques observations puisées dans les recueils périodiques et l'histoire des cas que nous avons vu nous-même.

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DU CANCER PRIMITIF DU FOIE

Historique.

Le cancer du foie fut complètement inconnu par les anciens et confondu, avant le commencement de ce siècle, avec toutes les affections organiques et toutes les dégénérescences que la glande hépatique pouvait présenter à l'observation.

Il y a bien parmi les auteurs anciens, tels que Ruysch, Stoll, Morgagni, des descriptions qui se rapportent à l'*encéphaloïde*, mais elles sont englobées sous la même dénomination que les squirrhes, les stéatomes et autres variétés de l'obstruction du foie ; Portal lui-même le considère comme une conséquence fréquente de l'hépatite et n'en a pas fait une entité morbide.

C'est Bayle qui eut le mérite le premier, et d'abord en 1812, puis en 1834, de décrire avec exactitude les signes et la fréquence du cancer du foie, et prouva que par sa physionomie, sa marche et sa généralisation il ne différait point du cancer de la mamelle. A partir de ce moment les travaux se multiplient et l'école française prend une large part dans les progrès faits dans cette voie; nous ne citerons que Cruveilhier pour l'anatomie pathologique et d'Andral et Monneret pour la clinique. En Angleterre la question du cancer du foie fait également sensation et provoque les recherches d'Abercrombie, de Hope, Carswell et Budd; l'Allemagne apporte plus tardivement son contingent de recherches, avec les savants auteurs Rokitansky, Lebert Frerichs et Naunyn; grâce à tous ces travaux et aux recherches microscopiques le cancer du foie est aujourd'hui bien connu dans ses points les plus essentiels et les lésions anatomiques ont surtout été approfondies d'une manière spéciale.

Le cancer du foie comme celui des autres viscères est tantôt primitif, tantôt secondaire. Jusqu'à ces derniers temps, c'était une tradition classique que le foie n'était, pour ainsi dire, jamais atteint primitivement par la dégénérescence organique. C'est là une exagération, comme l'a soutenu M. Rendu (1) devant la Société anatomique. En effet il ne se passe pas d'année que l'on ne montre dans les séances de cette société des spécimens de cancer évidemment primitif du foie, et il est infi-

(1) M. Rendu, article *Cancer du foie* in Dictionnaire encyclopédique.

niment plus fréquent que nombre d'autres cancers, celui de la prostate par exemple. Sa rareté n'est réelle que comparativement à l'extrême fréquence du carcinome hépatique secondaire.

Au point de vue des caractères anatomiques extérieurs, il y a moins de différences qu'on ne pourrait le croire entre les formes primitives et secondaires de l'affection cancéreuse hépatique. Il est extrêmement rare, en effet, de constater une infiltration de toute la glande par la néoplasie et même dans le cas où le parenchyme du foie a été bien certainement envahi tout d'abord, il se détache de la masse primitive des fragments qui vont reproduire sur d'autres points de la glande des tumeurs secondaires.

Anatomie pathologique du cancer primitif du foie.

A première vue, à l'autopsie d'un homme qui vient de succomber à un cancer primitif du foie, on est frappé de voir le volume considérable de la glande hépatique. Constatée dans les quatre cinquièmes des cas, cette augmentation de volume peut aller jusqu'à donner au foie un poids supérieur à 10, 16 et 20 livres; il y a même un cas de 24 livres. On remarque à la surface de l'organe et sur ses bords des saillies arrondies, ou en masses rénitentes, pouvant aussi offrir une dépression centrale. Très rarement le cancer est caché au sein du tissu hépatique sans faire la moindre saillie au dehors, d'autres fois il y a infiltration du produit cancéreux. Ces saillies arrondies, appelées nodosités, d'un volume qui varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une orange ou d'une tête d'enfant se montrent ordinairement isolées; quelquefois on les voit se réunir en masse plus ou moins considérable. Très nombreuses quand leur volume reste petit, elles le sont moins si leur volume atteint de grandes proportions. Extérieurement ces nodo-

sités sont aplaties, déprimées au centre, mais très exceptionnellement on les trouve pédiculisées.

Même aspect à la coupe qu'à la surface, on aperçoit ou des nodus, ou des masses ou des infiltrations; mais la forme la plus commune pour le cancer primitif du foie se présente plutôt sous une masse considérable au centre de la tumeur, sans qu'il y ait vestige de tissu hépatique et qui est constituée par un tissu cancéreux plus ou moins ancien. La partie centrale de la tumeur est uniformément dégénérée et présente une couleur jaunâtre ou opaque. Au pourtour de cette tumeur on constate des noyaux cancéreux d'infection secondaire développés par le voisinage dans le foie. Ces tumeurs donnent du suc laiteux de Cruveilhier à la coupe et sont d'une consistance lardacée et d'une couleur blanc mat ou bien au contraire on voit le stroma fibreux prédominer, les vaisseaux s'effacer.

Dans le premier cas, la consistance du cancer et sa coupe forment une surface légèrement bombée; dans le second cas, la consistance est dure, le produit morbide crie sous le scalpel et la surface de section est déprimée et les bords relevés; si bien que c'est à peine si l'on peut retrouver quelquefois des portions respectées de la glande hépatique.

Sous le champ du microcospe, les poussées cancéreuses suivent leur évolution d'une manière spéciale.

Si on examine un fragment cancéreux d'une tumeur primitive développée dans le foie, qu'on aura choisie parmi les portions de la périphérie de la zone hépatique qui reste inaltérée, on aura l'espoir de surprendre les débuts du mal; ainsi que

l'ont fait Wagner, Frerichs, Cornil et Rouvier. Alors il est facile de voir qu'il existe une espèce de tissu de transition entre le produit cancéreux et le tissu glandulaire respecté. L'état lobulé se voit facilement et chaque lobule en particulier paraît plus grand qu'à l'état normal, mais les cellules hépatiques qui le constituent ont déjà subi à certains points des modifications qui annoncent la métamorphose cancéreuse prochaine. Les unes sont comprimées, deviennent fusiformes, les autres sont hypertrophiées et augmentées de volume; il y en a certaines qui ont deux noyaux et possèdent d'ailleurs des accumulations de protoplasma qui leur donnent des formes insolites et fugitives et cela indique une tendance à la polymorphie des éléments de l'alvéole cancéreuse (1).

Le tissu interlobulaire conjonctif augmente manifestement; mais il cesse de conserver son aspect fibreux pour s'infiltrer d'une quantité de noyaux embryonnaires.

C'est alors qu'on voit le rôle que jouent les vaisseaux comme agents de production et de dissémination de l'élément cancéreux; déjà à l'œil nu, il est facile de voir l'importance de l'élément vasculaire et c'est peut-être là le point le plus intéressant de l'évolution de la néoplasie envahissante.

En effet, rien n'est plus fréquent que de voir les gros troncs et les rameaux de la veine porte, remplis de bourgeons cancéreux qui, une fois dans la lumière du vaisseau, continuent de s'ac-

---

(1) Article de M. Rendu, *loco cito*.

croître et donnent lieu à des végétations qui se continuent fort en avant, vers les capillaires. Tous les anatomo-pathologistes ont vérifié ce fait observé par Cruveilhier, Otto, Mickel et par Rokitansky et Frerichs. De plus, on voit se développer simultanément les réseaux capillaires de l'artère hépatique qui est le seul vaisseau qui vient nourrir le cancer du foie et en même temps les capillaires de la veine porte et des veines hépatiques disparaissent petit à petit. Les capillaires pénètrent la tumeur, et sont ou peu nombreux, ou en riches réseaux dont les parois se déchirent facilement; ce qui cause des extravations sanguines, qui subiront les transformations habituelles des noyaux apoplectiques. Parfois ces hémorrhagies sont très abondantes et pourront aller, dans des cas rares, il est vrai, jusqu'à rompre la capsule de Glisson et même le péritoine, et entraîner de cette façon, à elles seules le malade au tombeau.

C'est surtout au niveau des espaces interlobulaires, là où viennent aboutir les ramifications dernières de la veine porte et de l'artère hépatique que l'on peut observer la part que prennent les vaisseaux à la dégénérescence cancéreuse.

Dans quelques cas fort curieux, la paroi de la veine porte est saine et cependant le caillot obturateur est envahi par des cellules cancereuses. Ordinairement ces altérations n'atteignent que quelques branches ou rameaux de la veine porte et ne s'étendent pas à toutes les branches de ce vaisseau. Certains auteurs prétendent que les veines hépatiques sont communément inaltérées; à peine y trouverait-on des caillots venus dans le cas de compression, par la masse cancéreuse

du foie; Cruveilhier, Schrœder van der Kolk et Frerichs ont fait remarquer ce fait (1).

L'infiltration poursuit son travail du côté des vaisseaux et des glandes lymphatiques en formant des tumeurs au sein des quelles se trouvent comprimées et emprisonnées les voies biliaires; mais ce n'est pas tout; la matière cancéreuse peut encore se propager au tissu sous-péritonéal, au péritoine et transformer ainsi les ligaments hépato-gastrique, duodénal etc. etc., en une masse cancéreuse qui peut atteindre les parois de l'estomac, de l'intestin et le pancréas.

Il est absolument démontré aujourd'hui que quand un rameau veineux se trouve dans le voisinage du produit cancéreux, celui-ci ne tarde pas à envahir les diverses tuniques des vaisseaux qui se mettent à proliférer des végétations multiples; celles-ci généralement très vasculaires se développent dans l'intérieur de la veine et s'avancent en suivant le courant sanguin, de manière à former des cylindres de plusieurs centimètres de longueur, qui ne tardent pas à oblitérer complètement la lumière du canal. Alors il s'y joint de véritables thromboses dues à l'arrêt de la circulation et très souvent des épanchements sanguins interstitiels, produits au sein même du bouchon cancéreux, par la rupture des vaisseaux de nouvelle formation lesquels sont très larges et réduits à une simple membrane de tissu embryonnaire. Aussi c'est pourquoi quand les branches principales de la veine porte sont envahies par le

---

(1) Article de M. Rendu, *loco cito.*

processus cancéreux, on n'a pas lieu de s'étonner de la gêne excessive qui en résulte pour la circulation du foie.

Ce genre d'infection cancéreuse avait été déjà, en 1867, constatée par Frerichs, qui a prétendu qu'elle se prolongeait jusqu'au voisinage des capillaires du lobule hépatique. MM. Cornil et Rouvier ont confirmé par leurs observations personnelles, les recherches de Frerichs à cet égard. Il n'y a pas de perforation des vaisseaux, comme on le croyait autrefois.

Il résulte de ces nouvelles observations que la paroi de ces petites ramifications qui avoisinent les lobules, s'infiltre des éléments cancéreux avec lesquels elle se trouve en contact, elle finit même par en faire partie intégrante, l'endothélium se prendrait à son tour et le bourgeonnement cancéreux une fois développé, végèterait dans la cavité du vaisseau à la façon des racines ou prolongements qui s'enfoncent dans les tissus voisins.

Quant aux canaux biliaires, ils participent aussi à la néoplasie cancéreuse et leurs petites ramifications disparaîtraient comme les cellules hépatiques elles-mêmes, sans laisser de traces; cependant un certain nombre de recherches ont été faites, dans lesquelles on aurait trouvé les canalicules biliaires infiltrés d'éléments cancéreux et les petites cellules cubiques étaient remplacées par de grosses cellules à noyaux volumineux, et à nucléoles réfringents et leur lumière était plus dilatée.

Les rameaux biliaires plus considérables sont comprimés et leurs parois épaisses; il y a des ampoules par ci, par là, qui

peuvent en se rompant laisser écouler la bile dans le tissu morbide et cette infiltration peut atteindre aussi leur tunique; bien que d'habitude les canaux biliaires restent intacts, même en traversant des tumeurs cancéreuses.

Tous ces conduits vasculaires (veine porte) lymphatiques et biliaires qui sont comprimés, oblitérés, dégénérés ne permettent plus le cours des liquides auxquels ils sont destinés et des dilatations ampullaires ou généralisées se développent dans le voisinage des points lésés (1).

Il faut noter cependant que dans certaines circonstances on a vu le cancer hépatique s'atrophier et se rétracter; les cellules cancéreuses subiraient la dégénérescence graisseuse et s'atrophieraient en produisant une sorte de substance émulsive qui serait absorbée. Finalement, il résulte une atrophie locale de la tumeur cancéreuse et une dépression si la partie atrophiée est près de la périphérie. D'autres fois les nodosités se déprime au centre et le tissu conjonctif semble dans ce cas se rétracter à la manière des tissus cicatriciels. Enfin, quand la terminaison fatale est proche, la déchéance vitale peut aller jusqu'à produire un ramollissement dont les parties constituantes sont de la graisse, des granulations et des fibres du stroma conjonctif. Le tissu hépatique qui est resté indemne s'hypertrophie ou reste tel; mais l'hypertrophie est la règle quand il y a eu encéphaloïde à marche rapide. La couleur du

---

(1) M. Jules Simon, article *cancer du foie,* dans le nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1872.

tissu glandulaire est normale ou fortement colorée ou teinte en vert olive. Ces nuances peuvent varier suivant l'intégrité ou de la difficulté de la circulation qui existe sur le trajet des vaisseaux et des conduits biliaires.

C'est la forme encéphaloïde que le cancer du foie affecte ordinairement, plus rarement la forme squirrheuse, moins on peut y rencontrer le cancer hématode, le cancer mélané, cystique ou gélatineux.

Le *cancer mélanique* offre un aspect noir de granit; à l'œil nu on voit des petites nodosités marbrées de noir, jaune ou brun; pendant qu'au microscope les cellules cancéreuses et même le suc sont envahis par les granulations pigmentaires. Il y a un fait cité par Frerichs et communiqué par Lebert qui est fort singulier, dans lequel on ne trouve que des cellules fusiformes, les unes transparentes, les autres colorées par des granulations pigmentaires au lieu d'être les cellules ordinaires du cancer. L'examen microscopique minutieux et répété ne fit découvrir les noyaux volumineux et les corpuscules de noyaux des cellules cancéreuses qu'on rencontre habituellement.

Le *cancer cystique* présente des cavités qui ont un volume qui peut varier depuis celui d'un petit pois à celui d'un marron. A l'intérieur se trouve un liquide muqueux ou séreux. L'excavation est, ou bien limitée, ou bien au contraire sans membrane interne et les parois de la cavité sont constituées par le tissu hépatique (1).

---

(1) M. Jules Simon dans son article in Dictionnaire nouveau de médecine et de chirurgie pratiques, *loco cito*.

Pour le *cancer alvéolaire,* gélatineux ou colloïde du foie, il serait très rare. Le tissu glandulaire paraîtrait transformé en une série d'alvéoles remplies d'une matière gélatineuse composée de corpuscules granuleux, de la graisse, de cellules fusiformes et de cellules arrondies au centre desquelles se voient des noyaux uniques ou multiples.

Dans le *cancer hématode* le tissu morbide est très vasculaire et criblé d'épanchements sanguins, parfois même composé par une sorte de tissu érectile (Cruveilhier).

On rencontre ordinairement d'autres productions cancéreuses sur le reste du cadavre et si on éprouve quelque embarras pour reconnaître l'état primitif ou secondaire du cancer hépatique, il suffira de se rappeler que les cancers primitifs du foie s'étendent rarement au loin comme le cancer du sein ou de l'utérus. Ils se propagent de proche en proche, par continuité. Le péritoine et les vaisseaux, servant d'intermédiaires, ils atteignent la courbure ou les parois de l'estomac, ses extrémités pyloriques ou cardiaques, le duodenum, le diaphragme, la plèvre, le pancréas et les replis péritoneaux. En suivant les lymphatiques on trouve les traces du cancer dans les ganglions et même dans le canal thoracique et sur le trajet des veines sus-hépatiques, on le rencontre en nodus étalés dans le parenchyme pulmonaire; ainsi que Frerichs l'a décrit.

Dans un quart seulement des cas de cancers du foie, le cancer apparaît primitivement dans le foie. Dans les autres trois quarts la symptomatologie embrasse les signes des affections cancéreuses des organes voisins ou éloignés et ceux des

cancers du foie. Si le cancer siége à l'estomac surtout, les symptômes sont assez difficiles à démêler. Aussi est-il utile d'étudier le cancer primitif mal dessiné quelquelois, de cette affection organique.

Presque tous les auteurs sont d'accord pour dire que tous les éléments sont atteints dans le cancer primitif du foie, mais il y a des divergences d'opinions sur le point de départ du processus cancéreux.

Pour Virchow la néophasie est d'origine conjonctive et M. Vulpiau accepte cette manière de voir, ainsi que MM. Cornil et Rauvier, ces derniers dans une certaine mesure; pour Rakitansky, Walshe, Lancereaux, c'est l'élément glandulaire qui prolifère; pour Rindfleisch, c'est l'endothelium; pour Naunyn enfin c'est l'endothelium biliaire.

Pour nous, dans nos recherches sur l'anatomie pathologique du cancer primitif du foie nous avons été séduit par les opinions de M. le Professeur Laboubbène, qui vient de faire paraître dans son traité si estimé d'anatomie pathologique, trois observations savamment décrites de cancer primitif de la glande hépatique, et nous sommes heureux de pouvoir leur donner une place dans notre modeste étude du cancer hépatique.

D'après cet éminent auteur, le cancer primitif du foie qu'il appelle *épithéliome exceptionnellement primitif* affecte la forme *encéphaloïde* ou médullaire plutôt que la forme *dure* ou *squirrheuse*. Dans des circonstances rares, dit-il, l'épithéliome du foie est primitif et il a pour point de développement initial les

cellules propres de l'organe, soit l'épithélium des canalicules biliaires, soit les cellules propres hépatiques glycogènes. Dans ce dernier cas, le carcinome ou l'épithéliome primitif du foie est comparable à celui de la rate dont l'extrême rareté est digne de remarque.

Dans une première *observation* d'un homme de 75 ans, entré à l'hôpital Necker et dans un état cachectique, l'auteur a constaté à l'autopsie le foie volumineux pesant 2 kil. 250 grammes. La surface extérieure lisse, avec plusieurs places opalescentes dues à de la périhépatite ancienne, sa couleur est brun rougeâtre clair, sans marbrures.

A la coupe, dans cette observation on trouve dans le lobe droit deux masses principales, l'une ayant le volume d'une petite pomme, l'autre d'une grosse noix, cette dernière à moitié placée dans le lobe gauche. Ces deux masses sont blanchâtres, d'aspect uniforme et homogène, plus molasses et un peu jaunes à leurs parties centrales, comme pulpeuses à cet endroit. Il n'existe aucune autre tumeur dans le foie coupé avec soin en petits fragments cubiques; de plus, ni dans les voies biliaires, ni dans l'estomac, ni dans l'intestin, ni dans la rate, ni enfin dans les organes urinaires et génitaux, il n'existe de productions semblables, épithéliale ou autre.

Les ganglions lymphatiques abdominaux ou thoraciques ne sont pas carcinomateux, ni tuberculeux.

La pression et le raclage montrent un suc lactescent qui est formé par des cellules et des noyaux volumineux : les premières ont 20 μ à 30 μ les seconds ont 10 μ à 15 μ des nucléo-

les brillants se trouvent dans les noyaux. De plus, des granulations graisseuses et un grand nombre de gouttes de graisse occupent le champ du microscope.

Après durcissement, sur des coupes minces, le savant auteur trouve un stroma fibreux fin à mailles remplies de grosses cellules déjà décrites pour l'état frais; des vaisseaux avec un contenu de cellules nombreuses se voient contre les fibres lamineuses. Au centre de la tumeur, les cellules étaient moins reconnaissables, beaucoup avaient leur noyau masqué par des granulations graisseuses remplissant l'intérieur.

De ce fait remarquable, il a paru évident à M. le professeur Laboulbène que les cellules propres au foie glycogène avaient par leur dégénérescence et leur multiplication produit les deux tumeurs précitées. Le foie biliaire n'a paru que fort peu atteint et secondairement par voisinage et Rindfleisch exprimerait un fait réel quand il pense que les cellules hépatiques, par suite de nombreuses divisions et métamorphoses se convertissent en cellules cancéreuses. Mais il pense que Rindfleisch exagère quand il dit que les cellules des vaisseaux engendrent par elles-mêmes et sur places les éléments cancéreux.

Dans la deuxième observation de M. le professeur Laboulbène, on trouve une femme de 54 ans, morte à la Pitié avec une affection du foie, s'accompagnant d'un très léger ictère. A l'ouverture de l'abdomen, le foie descend très bas au-dessous de l'ombilic; et il est par conséquent fort gros et pèse 4 kilog.

65 grammes. Le tissu extérieur est d'une couleur brune, foncée, rougeâtre; le péritoine est épaissi et non tuméfié, aucune bosselure, aucun nodus, aucune saillie ne fait de relief à la surface.

A la coupe, plusieurs tumeurs variant du volume d'un pois à celui d'une petite pomme, existent dans l'intérieur du parenchyme; elles sont peu nombreuses, il y en a six pour le lobe droit et cinq pour le lobe gauche. Ces tumeurs, de forme arrondie ou ovoïde, sont assez dures. Leur teinte est d'un blanc jaunâtre avec des points d'un jaune plus foncé. Le microscope fait voir qu'elles sont constituées sur des coupes faites à l'état frais, tant au raclage que dans le suc lactescent exprimé avec pression, par des cellules variables. Les unes sont volumineuses ayant de 25 μ à 35 μ; la forme est ovoïde ou ronde, leur contour est épais, leur réfringence forte; elles sont d'un blanc grisâtre avec des granulations protéïques et des gouttelettes graisseuses; les autres jaunâtres, moins régulièrement arrondies, allongées en raquette, etc., sont plus foncées, souvent colorées en jaune, à contenu moins transparent, longues de 30 à 40 μ, larges de 20 à 30 μ. Toutes ont des noyaux volumineux et des nucléoles bien nets.

Après durcissement dans l'alcool absolu et la gomme, on trouve sur des coupes minces, les vaisseaux interacineux très développés à paroi épaisse, avec un contenu de cellules rangées le long des parois, souvent obstruant la lumière; les cellules venaient de la paroi, d'autres, plus petites et rondes

étaient des globules du sang rouges et blancs. Les lobules ou acini propres du foie étaient en beaucoup de points transformés en épithéliome; la disposition lobulaire était très appréciable, mais les cellules hépatiques glycogènes étaient plus multipliées et gonflées, à noyaux et nucléoles plus volumineux; les cellules de l'état normal avaient disparu en ces points.

Les canalicules biliaires beaucoup plus volumineux que dans l'état ordinaire, offraient au lieu de leurs cellules de forme carrée, ou plus exactement disposées en cubes et rapprochées de grosses cellules de 20 à 30 μ; ces cellules étaient jaunâtres et pigmentées fortement.

Dans la troisième observation de cancer primitif observée par M. le professeur Laboulbène, se développe un véritable épithéliome cylindrique primitif dont voici l'aspect.

C'est un homme de 43 ans, journalier, ayant séjourné en Afrique, comme soldat, mais sans avoir fait d'excès alcooliques; il a le foie volumineux et il succombe dans le service à Necker.

Pas de teinte ictérique, l'abdomen ouvert laisse couler un peu de liquide ascitique. Le foie est gros et pèse 2 kilos 160 grammes.

Sur beaucoup de points de la surface extérieure apparaissent des tumeurs blanchâtres ou un peu jaunâtres, fermes, n'offrant pas de fausse fluctuation. Leur nombre est de neuf et leur grosseur varie de celle d'une cerise à une noix; d'autres tumeurs sont retenues à la coupe dans l'intérieur du foie, avec une teinte plus jaune que celle de la surface extérieure.

Le pourtour des tumeurs n'est pas formé par un kyste, mais néanmoins elles ne sont pas infiltrées, il n'y a pas de tractus, partant d'elles comme d'un centre; elles sont, en un mot, limitées, mais non entourées d'une circonférence cirrhotique. Plusieurs tumeurs sont molles et un peu colloïdes. Le reste du parenchyme du foie est rougeâtre congestionné, avec la distention facile des parties centrales et périphériques des lobules (foie hyperhémié).

La veine porte est obstruée par un caillot rougeâtre, grisâtre seulement par places et friable, les parois de la veine paraissent intactes, un peu épaissies.

Les canaux biliaires de gros volume, et la vésicule biliaire sans lésions apparentes. Bile épaisse, poisseuse.

Malgré de minutieuses investigations, aucun épithéliome n'est trouvé dans l'estomac, l'intestin, la rate, etc... Sur des préparations fraîches on parvient à faire des séries de tubes formés par les cellules rapprochées et représentant des cercles. Après durcissement dans l'alcool et la gomme, on voit sur des coupes minces, la disposition tubulée de l'épithéliome cylindrique, tel que l'auteur l'a rencontré plusieurs fois dans l'intestin. Sur certains points on constate une ou deux rangées de cellules; le plus ordinairement il y en a une seule couche qui apparaît de la façon la plus nette sur les coupes transversales; la tumeur paraît donc formée par un épithéliome cylindrique. Le caillot de la veine porte ne renferme pas de grosses cellules épithéliales mais des leucocytes, des hématies et de la fibrine.

M. le professeur Laboulbène regarde comme identique l'*Epithéliome cylindrique* et l'*Adénome hépatique*; en effet, les cas décrits par un grand nombre d'auteurs, Rokitansky, Griesinger, Friedreich, Klob, Frerichs, Ebert, Lancereaux, Willigk, Quinquaud, lui paraissent se rapporter à des formations d'épithéliome tubulé. D'autres ne seraient que des productions d'acini ou de groupes de lobules hépatiques en dehors de la capsule de Glisson et pour ainsi dire des foies en miniature, au volume près.

L'épithéliome ou cancer colloïde du foie, est constitué tout à la fois par la transformation colloïde de l'épithéliome cylindrique ou à la présence d'une matière gélatiniforme interposée.

L'*épithéliome* ou *cancer hématode, télégiectasique du foie*, doit être soigneusement distingué des tumeurs vasculaires ou angiomes, c'est dans l'épithéliome hématode qu'on voit sur des couches minces dans les vaisseaux de moyen et de petit calibre du foie les altérations propres à cette forme de cancer. On trouve en général les vaisseaux très dilatés, les uns offrent des ectasies, les autres des ampoules latérales, d'autres ont sur le côté une poche petite anévrismale. L'intérieur de beaucoup de veinules d'un calibre assez fort est nettement rempli de cellules épithéliales dégénérées ou de tissu dit carcinomateux. Il est très remarquable de voir les veines contiguës aux tumeurs épithéliales encéphaloïdes, présenter par suite de l'envahissement épithélial un bourgeonnement de leur paroi propre; puis cette paroi se détruit et la cavité de la veine communique avec la tumeur cancéreuse en ce point; le vaisseau reçoit le détritus

et les cellules altérées et il les transporte au loin mêlé au sang qui le traverse. Ces tumeurs épithéliales médullaires à grand développement vasculaire sont habituellement le siège d'épanchements hémorrhagiques ; les pertes de sang abondantes dans le tissu du foie peuvent faire augmenter rapidement le volume des tumeurs; parfois celles-ci se rompent et il en résulte une hémorrhagie péritonale bientôt suivie de mort. Farre en Angleterre, Cruveilhier, Frerichs en ont rapporté des exemples, M. le Professeur en a observé un cas d'exemple à l'hôpital St-Antoine.

Dans certains épithéliomes médullaires du foie, les cellules sont lâchement unies et le stroma presque détruit. On a à l'œil nu de la sorte une infiltration du foie sans limites bien tranchées; très rarement une cirrhose scléreuse enveloppe le néophasme à la manière d'un kyste. Parfois enfin l'apparence pulpeuse, celle de la substance cérébrale et la tumeur donne une fluctuation de lipome; quand elle a été ouverte la pulpe sort comme une masse épaisse et blanchâtre; mais ces faits sont exceptionnels.

Symptomatologie du cancer primitif du foie

On peut distinguer trois périodes dans l'évolution des symptômes. Une période de début, une période d'état, dans laquelle les signes ne sont pas généralisés et une dernière période cachectique, qui, au contraire, par une physionomie toute spéciale se caractérise.

Le début ordinairement latent, se traduit quelquefois par de l'anorexie, de la dyspepsie, de la flatulence, une sensation de plénitude dans l'hypochondre droit. Mais un signe qui a plus de valeur et qui ne tarde pas à se montrer, c'est une inappétence toute spéciale pour les aliments azotés. Les malades ont un dégoût insurmontable pour la viande et il leur est impossible de l'avaler malgré leur bonne volonté sans être pris de nausées. Cette variété d'anorexie est toujours inquiétante, quand elle est portée à ce degré et peut faire songer de suite à un cancer viscéral, surtout quand il n'y a par ailleurs, aucun signe d'embarras gastrique. C'est en effet un caractère de cette forme de dispepsie de coïncider avec un état en apparence

parfaitement normal des premières voies, sans enduit muqueux ni saburral de la langue.

Les digestions pendant toute cette période se font mal, il y a de la constipation, du ballonnement du ventre, des douleurs et de temps en temps des alternatives de coliques et de diarrhée qui fatiguent les malades. Les selles sont peu colorées sans être argileuses, et assez fétides, ce qui est en rapport avec l'insuffisance de la secrétion biliaire. Chez un certain nombre de sujets, on observe, à cette période de la maladie, des vomissements quelquefois tenaces et surtout des nausées.

Les vomissements sont cependant l'exception et ils deviennent peu communément un symptôme prédominant. D'ailleurs ils n'offrent aucun caractère spécial; rarement bilieux, ils sont constitués par des matières alimentaires et il est presque sans exemple qu'on ait observé l'hématémèse. Il existe cependant des cas où les vomissements par leur répétition et leur constance avaient pu faire penser à un cancer gastrique, alors qu'il s'agissait d'un cancer limité exclusivement au foie: tel est le fait publié par Farraut. Mais c'est là un cas exceptionnel qui s'expliquait peut-être par une localisation spéciale des tumeurs au voisinage de l'orifice diaphragmatique (1).

Cette première période de troubles digestifs ne tarde pas, en général, à être suivie de symptômes plus caractéristiques. Les malades se plaignent de pesanteur vers l'hypocondre droit et d'une sensibilité insolite de cette région; c'est un des premiers

---

(1) Article *cancer du foie* de M. Rendu, *loco cito.*

phénomènes qui attire l'attention du côté du foie, et chez certains malades il devient très prédominant.

La douleur locale manque rarement, mais ses caractères sont extrêmement variables. Il y a des cas où elle est si peu marquée qu'elle attire à peine l'attention du malade; c'est une sensation de pesanteur habituelle due à l'augmentation du volume du foie. Le plus souvent c'est une douleur sourde qui se réveille accidentellement lors des mouvements brusques, des efforts des grandes inspirations, et par la palpation profonde. Elle siège d'habitude à l'épigastre et à l'épichondre droit, on la constate également en arrière au voisinage des vertèbres dorsales. Il est permis de croire que ces douleurs se produisent au sein du parenchyme hépatique, par le fait du développement des tumeurs et de la congestion qui les accompagnent. Lorsqu'il s'y joint de la périhépalique, les symptômes fonctionnels sont bien autrement accusés, la souffrance devient parfois excessive, elle s'irradie sous forme d'élancements violents, vers l'ombilic et le flanc droit et fréquemment elle se propage, comme dit Monneret, jusqu'à l'épaule. Pourtant même dans les cas les plus prononcés, elle est rarement continue et présente alors des exacerbations très nettement intermittentes vers le déclin du jour.

En même temps la glande biliaire augmente de volume. On sent par la palpation méthodique et on remarque par la percussion le débord du foie dans tous les sens. En outre, la surface loin d'être lisse est inégale, mamelonnée et résistante aux points malades. La douleur est réveillée par cette exploration attentive

qui est un des signes les plus constants puisqu'il ne manque que deux fois sur trente et un cas. Sur le même nombre de malades les inégalités n'ont manqué que trois fois. Dans ce cas, le cancer est central ou postérieur, et la partie accessible paraît indemne et lisse. Ces deux signes, la douleur et les inégalités, ont donc une grande importance. Dans un quart à peu près, il devient très difficile de constater ces nodosités, par suite d'un manque d'augmentation suffisante du volume du foie. La tension des muscles abdominaux entretenue et provoquée par la douleur s'oppose alors à une exploration approfondie et rend le diagnostic fort indécis.

L'Ictère ne se manifeste que rarement. Il ne se développe ici que par le fait d'une obstruction des voies biliaires par la production cancéreuse, et persiste jusqu'à la fin de la maladie, caractère qui le différencie des ictères intermittents dus aux calculs biliaires.

Comme dans beaucoup d'affections hépatiques où le parenchyme de la glande est profondément altéré, mais où les voies biliaires restent perméables, l'ictère est un symptôme rare du cancer du foie, et il est exceptionnel de le trouver surtout dans les cancers primitifs. Il faut pour qu'il se produise des conditions de gêne de la circulation biliaire qui sont habituellement le fait de la confluence et de la grosseur des ilots cancéreux et surtout de leur localisation à la base du foie. Ceci explique comment dans le cours d'une évolution d'un cancer du foie l'ictère apparaît souvent et il est peu prononcé au début, et bon nombre de malades ont simplement une teinte

jaunâtre des sclérotiques, mais il devient beaucoup plus intense et ne le cède en rien aux ictères les plus foncés.

Dans le cours de son évolution, le cancer du foie donne assez souvent lieu à de l'ascite dont la pathogénie doit être rattachée à la péritonique chronique, à la compression de la veine porte, et enfin à l'altération profonde du sang. Le tube digestif ne reste pas indifférent au développement du cancer hépatique; les malades continuent à se plaindre d'anorexie, de dyspepsie et de constipation. Ces symptômes sont entièrement sous la dépendance de l'état de la circulation de la veine porte, de la sécrétion biliaire et du péritoine. Le jeu de l'appareil respiratoire n'est un peu modifié que par le volume du cancer. Dans les cas pourtant où cette affection atteint le diaphragme, elle amène la dyspnée et de l'accélération des mouvements respiratoires; enfin à une dernière période il se fait souvent des œdèmes multiples particulièrement à l'hydrothorax. Comme pour la pleurésie hémorrhagique il se fait souvent une ascite sanguinolente et le plus souvent symptomatique du cancer hépatique. Les conséquences de l'ascite sont surtout d'ordre mécanique. Il y a surtout une cause, c'est l'extension du cancer au diaphragme et à la plèvre droite. L'intensité des symptômes et la douleur diaphragmatique indiquent ordinairement cette complication. Lors même que les signes physiques ne sont pas très prononcés, le cancer primitif du foie se trahit par une altération profonde de la santé générale. Celle-ci se manifeste vers les premières étapes de la maladie, elle est parfois évidente avant que soit survenue la dyspepsie initiale; le

visage du malade est pâle, décoloré, terreux, l'anémie profonde; c'est là le teint des cancéreux alors même qu'il n'y a pas apparition de désordre local hépatique. Plus tard, l'amaigrissement se produit d'autant plus rapidement que les fonctions digestives sont languissantes, l'hématopoïèse entraînée par le défaut d'action du foie. Des suffusions sérieuses non imputables à l'albuminurie apparaissent aux paupières et aux membres et les forces déclinent de jour en jour. Le malade est sans fièvre, le pouls calme et la chaleur de la peau normale, plutôt même abaissée. Son élévation est l'indice d'une complication.

L'amaigrissement et l'anémie marchent plus rapidement dans l'encéphaloïde que dans le squirrhe, par cette raison que le cancer mou prend un grand développement en un temps bien plus court que les cancers squirrheux.

La terminaison fatale est souvent précipitée par des complications. Une diarrhée tenace se déclare et épuise les malades en peu de jours; quelquefois c'est un ictère intense qui peut produire des phénomènes cérébraux et on voit dans ce cas les urines se supprimer presque complètement, la peau devenir sèche et terreuse, le délire s'allumer, et sous l'influence de toutes ces causes, l'anémie augmentant dans cette période avancée de la maladie, on voit des hémorrhagies multiples se produire par les fosses nasales, l'estomac, l'intestin, la peau (purpura); les malades deviennent comateux et meurent avec un abaissement considérable de température. Enfin survient la période cachectique, et la face, toute la peau se colorent en jaune paille, couleur qui, jointe à la consomption, au marasme donne au

malade le plus triste aspect qu'on puisse imaginer; du reste dans tous les cancers on peut observer cette physionomie de la dernière période.

Indépendamment de ces complications le malade meurt dans le marasme sans secousses et sans lutte.

Un malade atteint d'encéphaloïde consécutif du foie à une tumeur de même nature fut tout à coup pris d'horripilation, de sueurs froides, de vomissements et de syncope; il revint à lui, mais il mourut quelques jours après. Il y avait un épanchement sanguin intra périnéal à l'autopsie. Farre et Cruveilhier ont rapporté un exemple semblable. Plus récemment Gordon a relaté l'histoire d'un homme atteint d'un cancer de foie, classique. Il a éprouvé tout à coup en faisant un effort une douleur violente au bas ventre, puis est tombé dans le collapsus et succomba deux jours après. On trouva la cavité abdominale pleine de sang et la capsule du foie rompue au niveau d'une tumeur superficielle.

D'autres fois et ce sont les cas les plus ordinaires, les progrès du processus cancéreux déterminent une péritonite subaiguë; on peut avoir recours à la ponction, la péritonite devient générale et le malade est ordinairement emporté à la troisième ponction.

On a observé qu'il y avait une série de malades qui présentaient dans les derniers de leurs jours et alors qu'ils étaient atteints de cancer du foie, de singuliers troubles cérébraux. Les malades seraient atteints de délire subaigu avec coma ultime comme le sujet de M. Lépine *(Société anatomique*, 1875,

p. 524). Les autres tombent dans une espèce d'état vaporeux; enfin la mort peut arriver subitement. Monneret avait déjà indiqué ce fait et Paul Hybord en 1867 a fait connaître un cas de ce genre.

Il y a eu confirmation de la théorie de Murchison, d'après laquelle le foie serait chargé presque exclusivement de la fabrication de l'urée. Cette théorie est basée à la fois sur des faits physiologiques et sur des données pathologiques. Meissner a prouvé que le tissu hépatique contient plus d'urée que les autres tissus, et Cyon, que le sang se charge d'urée à son passage à travers le foie. Les recherches de Frerichs, de Meissner, de Brouardel, de Regnard ne laissent aucune incertitude sur la diminution et même la disparition presque complète de l'urée dans l'urine des maladies qui désorganisent le foie; la désassimilation des matières azotées est alors incomplète et aboutit à la formation de produits moins oxydés : acide urique, leucine, tyrocine. C'est pourquoi dans le cancer du foie et même dans son évolution, on trouvera toujours une diminution dans la quantité d'urée dans l'urine des malades, atteints de cancer hépatique.

Étiologie.

Le cancer du foie se développe de préférence entre 40 et 60 ans. Sur 83 sujets atteints de cancer du foie Frerichs en compte 41 entre 40 et 60 ans, 14 entre 30 et 40 ans et 7 entre 20 et 30 ans; 2 seulement avaient dépassé 70 ans. Mais on peut dire que, comme les tumeurs des viscères, généralement le cancer hépatique n'atteint guère que les adultes et ceux qui ont passé la période moyenne de la vie.

Au-dessus de 70 ans et au-dessous de vingt ans le cancer est absolument rare. Ce résultat serait plus net, si l'on avait soin dans les statistiques de faire le départ des cas de cancer primitifs et secondaires. Chez les jeunes enfants ils sont presque toujours produits par l'envahissement quand ils frappent le foie; ils sont fort rares et surviennent consécutivement à un cancer de l'œil, du testicule; Farre l'a signalé dans les généralisations de tumeurs malignes et même sous la forme primitive. Crouse a vu un encéphaloïde envahir cette glande chez un enfant de cinq mois. Kottmann a trouvé deux tumeurs dans le foie d'un enfant de neuf ans, atteint d'anasarque et d'albu-

minurie avec vomissements et douleurs épigastriques, il n'y avait nullement par ailleurs d'affection organique; cette observation a été recueillie en 1872. Le cancer primitif atteint l'un ou l'autre sexe dans une même proportion; mais s'il est secondaire il sera plus fréquent chez l'homme que chez la femme. L'influence que l'on a attribuée aux excès de table, à l'alcoolisme, aux mauvaises conditions hygiéniques, aux climats, aux chagrins et soucis politiques est encore très problématique. Tout prouve que le cancer hépatique est une maladie d'évolution qui arrive ordinairement et à un certain âge par suite de deux prédispositions diathésiques, héréditaire ou acquise. Il faut choisir pour types les cancers primitifs, parce qu'il y a des modifications insolites de la santé générale qui ouvrent la scène, sans localisation bien nette; les forces ont diminué, l'amaigrissement, l'anémie se sont déjà prononcés avant que le malade se plaigne d'aucune sensation locale persistante; il y a plus, les progrès du mal ont pu amener un état cachectique sans que les personnes qui en sont atteintes éprouvent autre chose que la faiblesse et une fatigue inusitée.

Diagnostic; Pronostic.

Les seules données qui peuvent faire affirmer l'existence du cancer du foie sont de constater l'hypertrophie du foie, la voussûre et les nodosités de l'organe; lorsque ces signes se rencontrent avec une ascite qui débute, une teinte subictérique de la peau et un état cachectique, sans que la rate offre rien d'anomal, on peut diagnostiquer la maladie sans aucune hésitation. Mais il s'en faut qu'en clinique les choses se passent avec cette simplicité. La palpation indique seulement un foie hypertrophique chez la plupart des malades, sans que l'on puisse constater la présence des tumeurs. L'abondance de l'ascite masque fréquemment le volume du foie; la polysarcie, peut en imposer en se développant de préférence sur la paroi abdominale; il y a même un état cachectique et un appauvrissement du sang.

Nous allons tenter d'indiquer les caractères différentiels du cancer primitif du foie des autres maladies de la glande hépatique qui ont été confondues avec cette entité cachectique.

L'hépatite syphilitique simule par ses symptômes l'évolution

du cancer hépatique primitif. On ne peut que se fixer sur la marche des accidents; mais cependant il faut se rappeler que la syphilis donne lieu d'abord, à une congestion et ensuite à une inflammation du foie dont le principal caractère porte sur les inégalités de la surface de la glande, jointes aux antécédents et aux symptômes spécifiques et concomitants; tels que les affections chroniques de la peau, du pharynx et des os. Dans le cancer, les saillies, les nodosités, sont d'une consistance variable, les antécédents spécifiques font défaut, et l'amaigrissement progressif, la cachexie arrivent à leur dernier terme en une période relativement courte : s'il s'agit d'un encéphaloïde le malade meurt dans les six mois et enfin on remarque dans l'hépatite syphilitique assez souvent un ictère léger qui finit par disparaître au bout de quelques semaines, une réaction générale le soir et la nuit, qu'on ne retrouve pas ainsi, avec ce degré de fréquences dans le cancer. L'ictère rare dans le cancer, prend au contraire une grande intensité, ne se dissipe plus et persiste jusqu'à la mort, et les malades n'offrent point cette réaction nocturne dont nous venons de parler.

Dans les fièvres intermittentes il se produit des hypertrophies de la glande hépatique qui ne sauraient être prises pour un cancer du foie, car les renseignements indiquent l'origine miasmatique, le foie est indolent et lisse, la marche de la maladie plus lente et n'est pas fatalement progressive comme dans le cancer du foie.

Dans la *dégénérescence amyloïde*. il existe bien une augmentation de volume mais la surface est unie, lisse, ferme; de plus,

il y a une hypertrophie de la rate, de l'albuminurie, et le point de départ de tout le mal, des suppurations osseuses dues à la carie et à la nécrose.

Au début *dans la cirrhose* il y a une augmentation de volume du foie qui disparaît assez rapidement pour faire place à une atrophie suivie d'ascite considérable. Également, à une période déjà avancée du cancer, une ascite peu volumineuse se montre ordinairement, mais elle n'atteint pas le volume de celle de la cirrhose. La teinte jaune paille est spéciale à la cachexie cancéreuse.

Les kystes *parasitaires* augmentent, il est vrai, le volume de la glande hépatique mais en l'arrondissant et en déterminant la fluctuation; c'est une lésion indolente qui laisse l'économie indifférente pendant fort longtemps. Mais les kystes alvéolaires peuvent simuler l'évolution d'un cancer. Dans ce genre l'ictère est plus fréquent, les bosselures sont moins faciles à constater que dans le cancer où d'ailleurs la rate reste indemne; les troubles digestifs sont plus marqués dans le cancer que dans ces kystes, qui durent ordinairement plus de six mois tandis que le cancer est le plus souvent mortel avant cette échéance.

Le pronostic est fatal et à une époque relativement rapprochée puisque l'encéphaloïde, qui est le plus fréquent de tous les cancers primitifs, enlève les malades en moins de six mois révolus.

Pas plus pour le foie que pour les autres organes, il n'est aisé de différencier cliniquement les formes du cancer; cependant quand le cancer hépatique est mélanique, quelques signes

spéciaux peuvent le dévoiler : il frappera de préférence des sujets jeunes et dans ces cas il n'y a pas d'ictère, ni de nodosités et le rebord du foie est lisse à la palpation, quelquefois les antécédents de l'enfance permettront de retrouver des signes de tumeur de la choroïde qui feront soupçonner à juste titre un cancer mélanique de la glande biliaire.

Mais c'est aussi avec le cancer de l'estomac que le diagnostic offre des difficultés nombreuses; cependant on pourra reconnaître le cancer stomacal à la lenteur de son évolution et par la fréquence dans une période antérieure d'accès de vomiturions à jeun qu'on a appelés pituites; de plus, on trouvera presque constamment la tumeur épigastrique qui est un signe constant du cancer stomacal et qui produit une douleur tantôt lancinante, tantôt sourde et continue, qui manque rarement. Cette douleur observée surtout au moment de la digestion peut s'irradier vers les régions hypochondriaques et même jusqu'aux vertèbres lombaires. On ne tarde pas du reste à voir des hématémèses assez fréquentes survenir, alors que dans le cancer du foie elles s'observent rarement.

De plus, le cancer de l'estomac a une durée plus lente d'environ treize mois, bien qu'il amène quelquefois la mort en trois ou quatre mois; il n'offre pas de phases de rémission et se généralise rapidement aux autres portions de l'appareil digestif, mais surtout ce qui le différencie du cancer hépatique, c'est son développement dans l'âge mûr et la vieillesse.

Quelquefois l'épiploon est envahi par la lésion cancéreuse dans toute sa masse, mais on ne peut confondre cette forme avec

le cancer hépatique; car une observation bien établie permet de retrouver la glande biliaire avec sa forme et sa position normale et dans ce cas il ne faut jamais oublier de vider les anses intestinales dont l'embarras, par les matières fécales, peut gêner l'exploration du ventre.

Marche ; Durée ; Terminaison.

C'est toujours vers une terminaison fatale que le cancer du foie comme celui des autres viscères, évolue d'une façon continue; mais au milieu de cette marche uniforme éclatent fréquemment des complications qui aggravent l'état général et abrègent les jours des malades.

La marche moins lente dans l'encéphaloïde que dans le squirrhe, n'est pas toujours parfaitement régulière et présente des alternatives d'exacerbations et de calme qui correspondent aux poussées du produit morbide. Ces sortes de poussées subinflammatoires correspondent surtout aux complications de la péritonite qui se manifestent à certaines périodes. Des symptômes de phlegmasie péritonéale se manifestent, mais bien plus rapidement encore s'il survient de l'hépatite aiguë, et alors la fièvre s'allume d'une manière presque continue et les malades succombent dans l'espace de quelques semaines; mais ces cas sont exceptionnels, heureusement.

Quant à la durée du cancer hépatique, il n'est pas très facile de la fixer même approximativement, parce que les premières

phases du cancer hépatique sont obscures et que le moment où apparaissent les premiers accidents ne correspond pas chez un grand nombre de malades, au début véritable de la néoplasie. Six ou huit mois constituent la moyenne de survie des malades atteints de cette affection et la durée est exceptionnelle quand elle dépasse une année, ainsi que Frerichs l'admet pour certains cas de squirrhe.

De tous les cancers c'est l'encéphaloïde et particulièrement le cancer mélanique dont la malignité est plus grande et qui se généralise le plus promptement. Les cancers colloïdes et squirrheux plus lents dans leur évolution présentent d'ordinaire des alternatives d'exacerbations et de rémission pendant lesquelles le produit morbide semble sinon rétrograder mais rester stationnaire.

Traitement.

On cherchera par tous les moyens possibles à soutenir les forces du malade une fois la maladie déclarée. C'est par les amers, la gentiane, le quassa amara, l'extrait de cascarille, d'absinthe, le quinquina, la noix vomique et la pepsine qu'on arrivera à relever un peu la tonicité de l'estomac et à ouvrir l'appétit. Les digestions seront activées par les eaux gazeuses. dans certains cas; dans d'autres, c'est la glace, la poudre de charbon végétal, de magnésie ou la pepsine qui rendront les plus grands services; si la viande n'est plus digérée on donnera le régime lacté. Simultanément, on emploiera contre la douleur épigastrique des frictions, embrocations narcotiques, cataplasmes laudanisés, on se trouvera bien du laudanum de Sydenham, intus et extra, en lavements et en fermentations; en applications de baume tranquille chloroformé et surtout injections de morphine qui permettent aux malades d'atteindre leur dernier jour sinon sans souffrances au moins sans douleurs aiguës.

Il ne faut pas chercher à combattre l'ascite par des purga-

tifs ni par des diurétiques; on affaiblirait le malade qui succomberait beaucoup plus tôt à son affection. Si l'ascite, après trop d'accroissement, menace d'asphyxie, la ponction peut être pratiquée, à condition de ne la répéter que la main forcée par une nouvelle et excessive abondance du liquide; une hygiène douce, des aliments réparateurs, le repos complèteront le traitement purement palliatif du cancer primitif du foie.

OBSERVATIONS

CLINIQUE MÉDICALE DE M. LE PROFESSEUR PICOT

PREMIÈRE OBSERVATION. — **Du Cancer primitif du foie.**

Leçon recueillie par M. Barraud, interne du service.

Cette observation a pour objet une leçon de M. le professeur Picot, qu'en raison de son importance nous croyons de notre devoir de publier textuellement :

Messieurs,

Je veux vous entretenir aujourd'hui de cette intéressante malade, que nous avons eue, salle 6, n° 15, où elle était entrée le 23 novembre, et qui est morte le 13 décembre. Ces jours-ci nous en avons fait l'autopsie, et nous avons trouvé une tumeur du foie, que nous avons considérée comme un cancer primitif de cet organe.

C'était une femme de soixante-dix-sept ans, née à Bergerac, qui était venue à l'hôpital pour guérir de violentes douleurs qu'elle ressentait, depuis environ deux mois, dans la région de l'hypochondre droit, et contre lesquelles elle avait employé, mais en vain, des frictions à l'essence de térébenthine, des vésicatoires et une médication interne sur la nature de laquelle elle n'a pu nous donner aucun renseignement.

Bien que cette femme répondît fort mal à nos questions, nous avons pu cependant apprendre d'elle que, longtemps déjà avant l'apparition de ses douleurs, elle avait éprouvé d'autres manifestations morbides. C'était des troubles de digestion, des pesanteurs du côté de l'estomac et

du ventre, comme elle disait, des nausées, un dégoût pour les aliments, particulièrement pour la viande, enfin, de loin en loin des vomissements. Ces vomissements, toutefois, n'avaient jamais été composés que de matières glaireuses, parfois bilieuses, et de matières alimentaires ; jamais ils n'avaient renfermé de sang ; jamais ils n'avaient été de couleur noire.

En insistant auprès de notre malade, nous avons appris que ses parents étaient morts très vieux ; mais elle n'a pas pu nous renseigner sur les maladies qui avaient amené la mort de son frère et de ses deux sœurs, décédés, du reste, depuis longtemps déjà. Quant à elle, jusqu'à l'âge de soixante ans, elle s'était admirablement portée, avait eu plusieurs enfants, encore vivants, et, à cette époque, il y avait dix-sept ans, par conséquent, avait été atteinte d'une fluxion de poitrine, dont elle ne pouvait plus préciser le siège. Depuis lors, elle toussait tous les hivers, mais ne s'en préoccupait pas.

Vous le voyez, Messieurs, il était difficile, d'après ces renseignements vagues, de nous faire *à priori* une idée de l'affection dont était atteinte cette femme. Heureusement, l'examen direct venait bientôt nous éclairer et nous permettre d'établir un diagnostic aussi précis que possible dans la situation.

En portant notre attention vers l'hypochondre droit, nous remarquions immédiatement une modification de la plus haute valeur. Toute cette région était voussurée et comme projetée en avant et en dehors ; et, en mesurant sa circonférence au niveau d'une ligne passant par l'appendice xyphoïde, nous la trouvions plus grande de quatre centimètres que celle du côté opposé. Dans toute cette région on constatait une résistance considérable et l'on trouvait une matité compacte, absolue, *tanquam percutio femoris* dont vous m'avez vu rechercher avec le plus grand soin les limites dans tous les sens.

La matité en question n'existait pas seulement du reste sur l'hypochondre droit ; elle dépassait le rebord des fausses côtes d'un travers de doigt sur la ligne axillaire, de trois travers de doigt sur la ligne mamelonnaire, d'une main entière au niveau de l'appendice xyphoïde et gagnait, en suivant cette limite inférieure, le rebord des fausses côtes du côté opposé. En haut, ses limites étaient formées par une ligne horizontale qui passait par le mamelon droit, sous l'aisselle et allait ainsi gagner la colonne vertébrale.

Il résultait de là qu'en avant, la matité mesurait sur la ligne médiane 11 centimètres, sur la ligne mamelonnaire 15 centimètres, et sur la ligne axillaire 16 centimètres ; qu'en arrière, elle allait depuis deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base. Cette matité avait encore ceci de particulier, qu'elle ne variait pas de forme avec les différentes positions de la malade.

Une semblable modification appelait notre attention sur le foie tout d'abord. Et en effet, dans la région mate dépassant le rebord des fausses côtes droites, occupant la région épigastrique, nous trouvions facilement cet organe dont nous pouvions sentir facilement aussi le bord inférieur tranchant. Nous remarquions de même que toute la surface de l'organe accessible à notre observation était parfaitement lisse, ne présentait pas la plus légère inégalité, la moindre bosselure.

Dans ces conditions, nous étions en droit de nous demander si la maladie que nous avions sous les yeux était véritablement une maladie du foie lui-même, ou bien s'il s'agissait d'une affection de la plèvre droite, d'un épanchement considérable du liquide dans la cavité pleurale, épanchement qui, peut-être, en raison d'adhérences anciennes, n'aurait pas pu refouler le poumon au delà d'une certaine limite, où nous le retrouvions et qui, par suite, aurait abaissé le diaphragme et amené de cette manière une véritable descente du foie jusqu'au point où nous rencontrions cet organe. Nous devions penser également à la possibilité de l'existence d'une tumeur solide occupant la cavité pleurale, d'un cancer pleuro-pulmonaire, ou bien d'une tumeur hydatique de cette même cavité.

Désireux, avant de porter un diagnostic de maladie du foie, d'éliminer les différentes maladies de la plèvre que je viens de vous mentionner, vous m'avez vu apporter le plus grand soin dans l'examen de la poitrine de notre malade. Les signes physiques étaient précieux à recueillir ici. Ils étaient les suivants : En avant, la respiration était à peu près normale. En arrière, dans toute la région mate, c'est-à-dire deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'à la base, les vibrations thoraciques avaient disparu ; la respiration avait fait place à un silence absolu. En somme, c'était là les signes ordinaires de la présence d'un épanchement pleurétique, et il n'y avait ni pectoriloquie phonétique, ni pectoriloquie aphone.

Notre jugement ne pouvait beaucoup s'appuyer sur ces différents

symptômes. Il est vrai qu'en remontant à l'histoire de notre malade, nous trouvions certains indices qui nons permettaient, au moins avec de grandes chances, d'être dans la voie de la vérité, d'éliminer tout d'abord le cancer pleuro-pulmonaire. Vous savez, en effet, que le cancer en question, tout comme la tuberculose du poumon, et plus encore que cette lésion, s'accompagne ordinairement d'hémoptysies peu abondantes, mais fréquentes. En outre, très souvent aussi, dans les cas de cancer pleuro-pulmonaire, on voit les ganglions lymphatiques sus-claviculaires être envahis par la dégénérescence. Ces deux symptômes avaient absolument fait défaut chez notre malade. Il nous restait donc la possibilité d'un épanchement pleurétique ou celle d'un kyste hydatique pleural.

Pour trancher la question, je résolus de faire une ponction exploratrice de la cavité thoracique. Cette ponction pouvait en outre fixer notre diagnostic sur l'existence d'une maladie du foie dont je dois encore vous parler. Les kystes hydatiques du foie peuvent, vous le savez, se développer sur la face supérieure de cet organe. Dans ces cas, ils refoulent en haut le diaphragme qui peut ainsi remonter jusqu'à la troisième et même la deuxième côte, et avec ce muscle, ils refoulent pareillement le poumon. Dans des conditions de ce genre, les symptômes thoraciques sont précisément ceux que nous avions sous les yeux, ceux d'un épanchement pleurétique en somme, mais d'un épanchement limité par des adhérences et dont le niveau ne peut varier. Notre ponction dans ce cas, pourvu qu'elle fût faite assez bas dans la poitrine, devait, d'après nos mensurations, tomber dans la poche kystique.

Le lendemain de notre premier examen, vous m'avez vu pratiquer cette ponction exploratrice, au moyen de l'appareil de Dieulafoy. Notre trocart fut enfoncé sur la ligne axillaire dans le sixième espace intercostal, et nous ne retirâmes rien que quelques gouttelettes de sang. Dès lors, il était devenu pour nous évident qu'il ne s'agissait pas d'un épanchement pleurétique refoulant le foie en bas, et que, selon toute probabilité, nous n'avions pas affaire à un kyste hydatique.

L'attention était donc portée exclusivement sur le foie. Parmi les maladies de la glande hépatique, nous devions surtout songer à celles qui augmentent considérablement le volume de l'organe, qui produisent ce que l'on appelle encore l'hypermégalie du foie. L'hypertrophie

d'origine paludéenne ne pouvait être invoquée, pas plus que la cirrhose hypertrophique, précisément parce qu'il n'y avait pas augmentation de volume de la rate en rapport avec l'augmentation de volume du foie, que la malade n'avait pas eu de fièvres intermittentes à proprement parler, et qu'enfin, si nous lui trouvions une teinte tirant sur le jaune, cette teinte n'était pas due à un ictère véritable, car les sclérotiques n'étaient pas colorées et l'analyse chimique n'indiquait pas la présence du pigment biliaire dans l'urine.

En dernière analyse, nous étions donc amenés à supposer, mais en faisant les plus grandes réserves, l'existence d'un cancer du foie. Sans doute, nous ne rencontrions pas dans le cas particulier ces tumeurs cancéreuses multiples qui, dans la majorité des cas de cancer du foie, font saillie à la surface de l'organe sous la forme si connue de marrons du foie. Sans doute, chez notre malade, la surface du foie, comme son bord libre, était absolument lisse et ne présentait pas la plus légère inégalité appréciable ; mais ne pouvait-il pas se faire que les tumeurs cancéreuses fussent situées dans des régions inaccessibles à notre exploration ? Ne pouvait-il pas se faire surtout, que nous eussions affaire ici à cette forme rare du cancer du foie, qui consiste en une tumeur unique pouvant atteindre un volume considérable ?

Vous m'avez vu être bien perplexe en cette circonstance, Messieurs, et cependant, après avoir longuement examiné notre malade, après avoir appelé votre attention sur son amaigrissemeut, sur la cachexie profonde où elle était tombée, sur la teinte particulière qu'elle présentait, sur l'œdème des membres inférieurs et la présence d'une petite quantité d'eau dans l'abdomen, je me suis décidé, me rappelant encore la répugnance de la malade pour la viande, à porter le diagnostic de cancer du foie. Je suis même allé plus loin, j'ai ajouté propagé au diaphragme et envahissant la plèvre droite.

Dans mon esprit, comme je vous l'ai dit, du reste, j'avais spécialement en vue cette forme de cancer à tumeur unique, dont je vous parlais tout à l'heure. Or cette forme est propre au cancer primitif de l'organe, et pour asséoir d'une manière plus précise l'hypothèse que je formulais, il était indispensable de constater l'absence de tumeur cancéreuse dans les autres organes. Après un examen approfondi de tous les viscères abdominaux, après un examen semblable des organes génito-urinaires, nous pouvions, avec la plus grande probabilité, affir-

mer qu'il n'y avait pas de cancer ailleurs, et maintenir, avec les réserves que toujours l'on doit faire dans des cas aussi difficiles et aussi rares que celui-là, le diagnostic porté : cancer primitif du foie ayant envahi le diaphragme et la plèvre droite.

Du côté des autres organes et en particulier du côté du cœur, qui est si souvent atteint dans les maladies du foie, ainsi que je vous l'ai fréquemment répété, nous n'avons rien trouvé de particulier. Dans les urines, la proportion d'urée n'avait pas varié.

Je ne vous parlerai ici, ni du pronostic, ni du traitement. Le diagnostic parlait suffisamment de lui-même, et nous n'avions rien à faire qu'à soutenir de notre mieux les forces de la malade.

Dès le 5 décembre, du reste, elle s'affaiblissait de plus en plus, l'œdème des membres inférieurs augmentait, la quantité du liquide épanché dans l'abdomen devenait de plus en plus considérable et, dans le côté gauche de la poitrine, il se faisait un épanchement. Nous voyons, en effet, la matité s'élever jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, puis, deux jours plus tard, à trois travers de doigt au-dessus de cet angle, et dans la région ainsi envahie, nous constations la disparition des vibrations thoraciques et l'existence d'un souffle tubaire faible à l'expiration. En même temps, les fonctions digestives se troublaient de plus en plus ; les vomissements étaient journaliers et la diarrhée s'établissait malgré le régime lacté que nous avions institué.

La terminaison fatale ne pouvait tarder et la malade succomba dans le marasme le 13 décembre.

Voici, maintenant, le résultat de l'autopsie.

A l'ouverture du corps, on constate un épanchement dans l'abdomen ; la quantité de liquide épanchée dans le ventre peut être évaluée à environ 2 litres. Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt ; il s'avance à travers la région épigastrique vers l'hypochondre gauche, qu'il atteint au niveau de la ligne mamelonnaire. Les intestins sont lavés, comme ils le sont d'habitude dans les cas d'ascite.

Quand on a enlevé le sternum, on voit que le foie refoule du côté droit le diaphragme, de manière à remonter ce muscle à droite, jusqu'au niveau de la troisième côte. Le diaphragme représente donc un plan oblique incliné de droite à gauche, depuis la troisième côte droite jusqu'à la septième côte gauche. Le foie est adhérent par sa face supérieure au diaphragme et dans toute son étendue par des tractus fibreux assez solides.

Dans la plèvre droite, on trouve environ un litre et demi d'un liquide absolument séreux, sans aucun flocon fibrineux ; il n'y a pas d'adhérences entre les feuillets pariétaux et viscéraux de la plèvre. Dans la plèvre gauche, il existe à peu près un demi-litre de liquide. Le péricarde contient aussi un épanchement dont la quantité peut être évaluée à 60 grammes environ.

Le foie extrait du corps présente des aspects différents suivant les régions que l'on examine. Toute la partie supérieure du lobe droit est molle au toucher et forme une tumeur considérable, du volume d'une tête de fœtus environ. Cette tumeur est recouverte par le diaphragme qui lui adhère intimement et dont la surface pleurale est recouverte d'un lacis très développé de vaisseaux capillaires. C'est cette tumeur du lobe droit, qui, faisant saillie vers la concavité du diaphragme, avait refoulé ce muscle de manière à lui faire prendre la position oblique dont il a été question plus haut.

Les vaisseaux capillaires de la face pleurale du diaphragme se dirigent vers l'ouverture œsophagienne de ce muscle et vont se jeter dans les veines qui l'entourent. Tout le lobe droit du foie, à l'exception d'une zone d'environ quatre travers de doigt à partir du bord inférieur de l'organe et à partir du sillon longitudinal de séparation des deux lobes, fait partie de la tumeur, et les régions qui n'en font pas partie, tant dans le lobe droit que dans le lobe gauche sont dures au toucher, ratatinées, offrant l'aspect extérieur que l'on rencontre dans la cirrhose atrophique (cirrhose de Laënnec). Le foie pèse en totalité 2,600 grammes.

Quand on pratique des coupes sur l'organe, dans les régions situées en dehors de la tumeur, on constate l'exactitude du diagnostic anatomique basé sur l'aspect extérieur. Ces coupes montrent un tissu hépatique durci, criant sous le scalpel et dans lequel il est facile par l'examen macroscopique seul de reconnaître les altérations de la cirrhose signalée plus haut. Quant aux coupes faites sur la tumeur elles présentent à l'étude un aspect particulièrement remarquable. A la périphérie, elles montrent un tissu de coloration blanchâtre, très mou, dans lequel il est absolument impossible de reconnaître la structure du tissu hépatique. On y constate même à l'œil nu de grandes alvéoles, limitées par des tractus de tissu conjonctif et remplies de ce tissu blanchâtre dont je vous parlais. A partir d'environ 5 à 6 centimètres de la périphérie, l'aspect de la coupe change complètement. Dans cette région centrale

la tumeur hépatique est très ramollie ; elle est transformée en une sorte de bouillie épaisse, sanglante dans certaines régions, rouge noirâtre dans d'autres, grise jaunâtre dans la plus grande étendue. Cette tumeur offre donc manifestement les caractères macroscopiques du cancer primitif du foie.

L'examen histologique, pratiqué par M. le docteur Dalidet, préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique, est venu du reste confirmer le diagnostic de cancer primitif du foie. Voici comment cet habile histologiste décrit la tumeur du foie :

Après deux séries de recherches infructueuses, nous avons été assez heureux pour tomber sur une partie de la tumeur en voie de prolifération active. Sur les coupes nouvelles on voit nettement qu'il s'agit d'un carcinome. On constate que les cellules épithéliales forment des amas circonscrits par des faisceaux conjonctifs, entrecroisés de façon à constituer des alvéoles ou espaces qui sont d'une étendue très considérable, communiquant les uns avec les autres, comme s'il s'agissait d'un tissu caverneux. Ces espaces ont une forme arrondie. Il est nécessaire d'employer un très faible grossissement pour bien les distinguer, tant ils sont étendus dans le cas particulier. On remarquera que, dans leur intérieur, les cellules épithéliales forment des groupes qui sont séparés les uns des autres par un stroma conjonctif, formé de minces fibrilles et de cellules fusiformes, qui contient des vaisseaux sanguins d'apparence normale. Si on examine ces cellules, on voit que les unes sont sphériques, les autres polygonales, avec des angles plus ou moins aigus. Quelques-unes se présentent en forme de fuseau ou de raquette.

En somme, elles ne présentent aucune forme spéciale et sont toutes semblables à celles des cancers des autres régions. Dans quelques points cependant, elles sont devenues grenues ; leur contour est effacé, le noyau seul est bien visible et des granulations graisseuses ont envahi leur masse protoplasmique. On assiste là au premier stade de la dégénérescence granulo-graisseuse.

Le tissu conjonctif qui entoure la masse morbide est dense, fibreux. Il est parcouru par de nombreux vaisseaux, larges et béants, qui en font un véritable tissu caverneux. Il contient, dans son intérieur, des travées de cellules hépatiques, parallèles à la direction, et qui sont des derniers vestiges des lobules hépatiques. On ne confondra pas ces cellules avec celles du carcinome ; elles sont moins brillantes, plus gra-

nuleuses, et le noyau en est moins apparent. A mesure que l'on se dirige vers le tissu hépatique, on voit plus distinctement les lobules qui sont congestionnés, dont les cellules sont dissociées par la distension des vaisseaux capillaires qui les entourent. Enfin, la capsule de Glisson est notablement épaissie.

Tous les vaisseaux qui sillonnent le tissu hépatique présentent des phénomènes d'inflammation. Leur cavité est considérablement plus grande, et leur paroi très hypertrophiée. La paroi interne est surtout augmentée de volume. Dans le centre du vaisseau, on voit une desquamation épithéliale abondante.

Sur une de nos préparations, on voit une veine remplie de cellules carcinomateuses, ainsi qu'un vaisseau lymphatique contenu dans la capsule de Glisson.

Les voies biliaires, qui sont si fréquemment le point de départ de la carcinose hépatique, ont été l'objet d'un examen sérieux. Soit dans les canaux hépatiques, soit dans le canal cystique et la vésicule biliaire, soit enfin dans le canal cholédoque il n'existait aucune lésion. Dans la vésicule il n'y avait pas de calculs et l'ampoule de Watter était à l'état normal.

L'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin, le rectum jusqu'à l'orifice anal, n'étaient le siège d'aucune tumeur. Dans l'estomac, il existait vers la grande courbure une région injectée, mais sans trace de dégénérescence carcinomateuse. Le pancréas n'offrait rien de particulier. La rate était augmentée de volume, pesait 260 grammes, et son tissu paraissait atteint d'une altération sclérosique, comme le faisait penser les stries fibroïdes que l'on remarquait sur la coupe. Cette lésion était en rapport avec la sclérose atrophique qui existait sur les régions du foie échappées à l'altération carcinomateuse.

Les poumons n'offraient aucunes lésions essentielles. A leur base, il existait une congestion assez intense, résultat de l'agonie lente qui avait précédé la mort ; mais sur les nombreuses coupes pratiquées, il n'y avait aucune trace de production cancéreuse. La plèvre viscérale droite n'était pas davantage atteinte de carcinose. Le cœur était surchargé de graisse particulièrement le long des artères coronnaires. La valvule tricuspide avait une teinte opaline, elle était un peu plus épaisse qu'à l'état normal.

Un léger épaississement semblable existait aussi sur la valvule mitrale. Quant à l'orifice aortique, il était atteint d'athérome et des plaques se

rencontraient au niveau de l'insertion des valvules, dans les nids de pigeon et au pourtour des orifices des artères coronnaires. Des plaques semblables, peu nombreuses toutefois, se voyaient aussi le long de l'aorte; on pouvait les suivre jusqu'au niveau de la naissance des artères iliaques. Nulle part, du reste, ces plaques d'athérome n'étaient ulcérées.

Les reins étaient simplement congestionnés; mais sur les coupes, tant dans la région corticale que dans la région médullaire, il n'existait aucune autre lésion. Les uretères, la vessie, l'utérus et ses annexes étaient sains. Dans le cerveau, nous n'avons rien rencontré, à part un état légèrement athéromateux des artères de la base.

Telle est Messieurs, l'histoire de notre malade, telles sont les lésions que nous a fournies l'autopsie que nous avons faite devant vous avec le plus grand soin. Cette autopsie est venue donner confirmation du diagnostic que nous avions porté pendant la vie. Toutefois, vous l'avez vu, la confirmation n'a pas été complète. Nous avions dit, en effet, qu'il s'agissait d'un cancer primitif du foie, mais nous avions ajouté: « ayant envahi le diaphragme et la plèvre droite. » Or cette seconde partie du diagnostic porté était erronée; le cancer était resté limité au foie. Ce qui nous a induit en erreur dans le cas particulier, c'était le volume considérable de la tumeur, le refoulement du diaphragme jusqu'au niveau de la troisième côte, et l'absolue matité que nous avions rencontrée à la partie postérieure de la poitrine et qu'après notre thoracenthèse nous ne pouvions attribuer à la présence d'un liquide cette propagation du cancer du foie au diaphragme et à la plèvre droite est assez fréquente pour que nous ayons pu songer à sa possibilité. Les observations de Cruveilhier (1) et de Frerichs (2) sont suffisamment démonstratives à cet égard. Dans ces cas difficiles, du reste, les erreurs de détail de ce genre sont très communes en raison précisément de l'obscurité de la symptomatologie.

Quoi qu'il en soit nous avions eu affaire à un cancer primitif de la glande hépatique. Or, vous ne l'ignorez pas, si le cancer primitif du foie est réellement plus commun que celui d'un certain nombre d'autres organes, que le cancer primitif de la prostate, par exemple, il n'en est pas moins vrai que, comparativement au cancer secondaire du foie, on

---

(1) Cruveilhier. *Anatomie pathologique.*

(2) Frerichs. *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires 1866.*

doit le considérer comme rare. Le carcinome du foie succède, en effet, le plus souvent aux carcinomes des organes voisins, particulièrement peut-être aux lésions de même nature de l'ampoule de Watter, des canaux ou de la vésicule biliaires souvent déjà nous avons observé ensemble des cancers du foie consécutifs à des tumeurs de voies biliaires. Les carcinomes de l'estomac, du duodenum, du pancréas, de l'intestin, spécialement du rectum, ceux du péritoine, des ganglions mésentériques, ceux des organes génitaux de l'homme ou de la femme vont faire souche de tumeurs cancéreuses dans la glande hépatique. Il en est ainsi pareillement des cancers du sein, de la peau et même de ceux des os. Plus rarement une tumeur carcinomateuse pleuro-pulmonaire envahit le tissu hépatique, et cependant il existe un certain nombre d'observations de cette propagation. On sait enfin qu'il est fréquent de voir la sarcome mélanique de la choroïde se reproduire dans le foie même après un certain nombre d'années.

Il est donc bien établi que le plus souvent le cancer du foie est de cause secondaire, et les statistiques le démontrent d'une manière plus précise encore. Dans le relevé de Frerichs qui a porté sur soixante cas de carcinome hépatique, on ne trouve que douze cas de tumeur primitive. Dans celui de Hess (1), la moyenne de ces cancers primitifs est cependant plus élevée : sur vingt-cinq cas, la maladie était localisée huit fois dans la glande hépatique seule.

Le cancer primitif du foie ne se distingue pas seulement du cancer secondaire de cet organe par son peu de fréquence. Sa disposition anatomique est spéciale. Vous avez pu le voir bien des fois dans nos autopsies le carcinome secondaire amène une augmentation véritablement énorme de la glande. Je vous ai montré des foies cancéreux qui descendaient dans le ventre jusqu'à l'ombilic, d'autres que nous avions vu atteindre jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ces foies de volume si considérable pesaient de quatre à six kilogrammes. Les auteurs ont rapporté des observations dans lesquelles on a pu voir le foie remplir toute la cavité abdominale. Frerichs en a rencontré un qui pesait vingt livres et Gordon un qui pesait vingt-quatre livres.

Dans ces cas, le foie n'est pas envahi par une tumeur unique ; il est rempli de tumeurs multiples développées tant à la surface que dans

---

(1) Hess. *Zur Pathol. des Lebercacinoms, 1872.*

l'épaisseur du parenchyme lui-même. Ces tumeurs sont le plus ordinairement très nombreuses ; elles ont une forme arrondies et un volume qui peut varier, depuis celui d'un pois et au-dessous, jusqu'à celui d'une grosse orange ou d'une tête de fœtus. A la surface de l'organe, elles font une saillie hémisphérique, parfaitement appréciable à travers les parois abdominales, permettant de les reconnaître par conséquent pendant la vie. Ces tumeurs sont habituellement désignées sous le nom de *marrons du foie*. Sur la coupe de l'organe, elles se distinguent du tissu hépatique habituellement coloré en rouge par une teinte blanchâtre ; elles ont toujours ou presque toujours la forme circulaire, et souvent on y trouve des capillaires injectés, surtout à leur périphérie, qui tranchent par leur coloration rouge sur la couleur de la lésion.

Si l'on en croit la description du cancer primitif du foie, donnée par Frerichs et par Rendu (1), il serait très rare de ne rencontrer qu'une seule tumeur dans la glande. Le plus souvent, le carcinome se multiplierait sur place et, à côté d'une tumeur volumineuse et de date ancienne, il s'en formerait d'autres que leur moindre volume et une dégénérescence moins avancée feraient facilement reconnaître pour des productions plus récentes, développées par propagation en suivant les voies veineuses ou lymphatiques. Telle est encore la description donnée par Cornil et Ranvier, qui disent qu'au pourtour de la tumeur principale. il existe des noyaux carcinomateux d'infection secondaire.

Cependant si rare que soit l'existence d'une tumeur unique, il en existe des exemples dans la science. Je veux vous citer l'un d'eux qui a la plus complète analogie avec celui que nous avons observé. Le foie cancéreux dont il s'agit a été présenté à la Société anatomique de Paris, par M. Fourestié (2). En voici la description textuelle :

Autopsie. — « L'aspect extérieur du foie ne révèle en rien les altérations que l'on y rencontre. Il a sa couleur normale, peut-être un peu » plus pâle que de coutume ; sa surface ne présente ni bosselures ni » induration ; elle est lisse et régulièrement arrondie. L'augmentation du » du volume porte uniquement sur le diamètre antéro-postérieur de la » glande. Mais vient-on à faire une coupe de l'organe, l'aspect » est bien différent. Toute la masse centrale du foie, en partant du

(1) Rendu. Article *Foie* du *diction. encycl. des sc. méd.*

(2) Fourestié. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1874.

» hyle de cet organe est convertie en une matière encéphaloïde blanchâ-
» tre, pulpeuse, sans foyer hémorrhagique, mais avec des îlots de dégé-
» nérescence caséeuse. Cette altération se prolonge dans toute l'étendue
» du foie, jusqu'au milieu du lobe gauche. A la périphérie de ce tissu en-
» céphaloïde se voit une zone d'épaisseur variable, formée par un tissu
» blanc, dur, lardacé, demi-transparent, pénétré par de fines arborisa-
» tions vasculaires. Par ses parties profondes, il se confond insensible-
» ment avec les points ramollis d'apparence encéphaloïde, tandis que
» vers la périphérie de l'organe, il se délimite nettement et n'envoie
» aucun prolongement dans les tissus adjacents. Toute cette masse
» est en effet recouverte par une coque mince de tissu hépatique qui,
» en certains points, n'a pas plus de deux centimètres d'épaisseur.

» Dans toutes les parties envahies par la dégénérescence, il est pres-
» que impossible de reconnaître la trace d'aucun organe. Ainsi, on ne
» retrouve plus la veine-porte, ni les canaux biliaires, tous ces vais-
» seaux ont été englobés dans le cancer. La veine-cave est également
» tout à fait oblitérée par un caillot ancien, fibrineux. La rate est très
» volumineuse, plus dure qu'à l'état normal. Tous les autres viscères
» sont sains, et il n'existe de trace de cancer nulle part ailleurs que
» dans le foie. »

En résumé donc, Messieurs, nous avons eu affaire chez notre malade à un de ces cas rares de carcinome primitif et unique du foie, que l'âge de la malade, son dépérissement rapide, ses troubles digestifs antérieurs, le volume considérable, l'aspect lisse de la glande hépatique et la ponction exploratrice nous ont permis de reconnaître pendant la vie.

SERVICE DE CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR PICOT

Deuxième observation. — **Squirrhe primitif du foie généralisé dans les deux poumons.**

Observation recueillie par M. Chevalier interne-adjoint.

Gondin Fabian, âgé de trente-deux ans, arrimeur, entre le 3 avril 1882 à l'hôpital Saint-André.

Comme antécédents héréditaires, ce malade déclare que sa mère est morte du choléra et que son père vit encore et se porte très bien.

Quant à ses antécédents personnels, s'étant marié il a eu deux enfants morts en bas âge, mais lui-même n'a jamais été malade, pas de syphilis, pas de scrofule, ni de fièvres intermittentes.

Voici son histoire : employé dans un chai, comme arrimeur, il avoue qu'il se livrait à la boisson depuis l'âge de 22 ans; il buvait, dit-il, deux litres et demi de vin environ par jour et quelquefois de l'eau-de-vie.

Toutefois, il s'est toujours bien porté jusqu'à il y a quatre mois, époque à laquelle il a commencé à éprouver du malaise général, de la fatigue et certains jours un peu de fièvre. Il continuait néanmoins son travail et ce n'est qu'un mois après qu'il a vu survenir du côté de l'hypochondre droit une tumeur de petit volume, dit-il, suivie par intermittence d'une douleur assez vive qui l'obligeait souvent à abandonner son travail et à aller se coucher. En même temps son appétit disparaissait, il maigrissait de jour en jour, son ventre grossissait graduellement et voyant que son état général devenait de plus en plus mauvais, il se décida le 3 avril à se faire transporter à l'hôpital.

De plus, il nous avoue qu'il a eu le teint jaune clair à deux reprises et que cette couleur avait disparu sans traitement en l'espace de quelques jours.

Il a rendu par les selles, à trois reprises différentes un peu de sang très coloré en rouge. Il n'a jamais eu de vomissements.

Sa maladie paraît avoir marché très vite, car le malade se présente à nous avec un teint veineux, jaune faible et il nous paraît bien amaigri.

A l'inspection des parois abdominales, on remarque tout d'abord que le ventre est très volumineux et que les veines sous-cutanées abdominales ainsi que les mammaires externes sont considérablement dilatées.

A la palpation, on sent que les parois abdominales sont distendues, unies, et elle nous donne une sensation très nette d'une grande proportion de liquide ascitique. On ne peut palper le foie ni la rate vu la trop grande proportion du liquide, toutefois la percussion nous donne des signes assez nets.

En effet, la matité inférieure du foie commence à deux travers de doigt au-dessus des fausses côtes et se dirige en bas environ à deux

centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; de plus elle paraît s'étendre vers l'hypochondre gauche et dépasser de quatre centimètres une ligne qui tombe au milieu du creux épigastrique. Tout ceci nous porte à croire que le foie est notablement augmenté de volume.

La rate également nous donne une zone de matité plus grande qu'à l'état normal et elle aussi est augmentée de volume.

L'estomac n'est pas dilaté mais il est refoulé en haut et sur la paroi latérale gauche de la poitrine.

Le cœur est normal ; la pointe bat dans le cinquième espace intercostal et un peu en dedans du mamelon ; on ne trouve aucune lésion aux différents orifices, les battements sont un peu précipités et sourds.

Le malade éprouve une certaine gêne pour respirer et la percussion des poumons nous donne une submatité dans toute leur étendue tant en avant qu'en arrière. A l'auscultation le murmure vésiculaire est amoindri ; des râles sibilants dans toute l'étendue et çà et là quelques râles sous-crépitants.

Pas d'œdème, ni des membres inférieurs, ni du tronc, ni de la face.

La langue est un peu sèche, légèrement saburrale ; l'appétit est pour ainsi dire nul ; il n'y a ni constipation ni diarrhée.

Les urines sont rares, très colorées en rouge et laissant un dépôt abondant au fond du vase.

Les artères principales sont très athéromateuses ; le cercle sénile est assez prononcé.

De temps en temps surviennent des quintes de toux accompagnées d'une vive douleur dans l'hypochondre droit ; pas d'expectoration. On applique un vésicatoire sur la région douloureuse et l'on donne au malade une potion à l'extrait mou de quinquina, avec cinq centigrammes d'extrait thébaïque ; l'on ordonne le régime lacté absolu.

Le 5 avril, le malade éprouve plus de gêne dans la respiration ; le pouls bat 92 fois par minute et la respiration est à 36 ; il n'y a cependant pas de fièvre ; 37°5 : le liquide ascitique a augmenté.

Le 8 avril, à la visite du soir, le malade est très affaissé ; la dyspnée est intense ; il y a indication à la paracentèse.

La ponction a donné issue à six litres et demi d'un liquide ascitique, jaune citrin, renfermant une quantité considérable d'albumine.

Après la ponction, il nous est facile de bien délimiter le foie. La

matité commence en haut à un travers de doigt au-dessus des fausses côtes, se dirige en bas vers 12 centimètres, dépasse l'appendice xyphoïde de 8 centimètres jusqu'au niveau de l'ombilic et dépasse encore la ligne médiane vers l'hypochondre gauche de 5 centimètres; on voit facilement qu'il est bosselée et la palpation nous révèle en effet sur sa face antérieure des bosselures de différentes dimensions, dures, mamelonnées, qui nous font penser immédiatement que, selon toute probabilité, nous sommes en présence d'un squirrhe du foie.

La rate se sent également à travers les parois abdominales et est très volumineuse, au moins triplée de volume.

Le 12 avril, le liquide s'est reproduit sans fièvre ni aucun phénomène spécial ; il y a un peu de constipation ; on donne 30 grammes d'huile de ricin.

Le 15 avril, à la visite du soir, le malade demande à ce qu'on lui fasse une nouvelle ponction, il étouffe, dit-il ; il y a 106 pulsations ; respirations, 52.

Celle-ci pratiquée nous donne environ sept litres trois quarts de liquide citrin semblable au premier ; on ne peut examiner complètement ce malade vu sa trop grande fatigue.

Le 18 avril, le liquide ne s'est pas reproduit; on remarque un peu d'œdème des membres inférieurs et du scrotum, la miction est très difficile.

Les jours suivants les symptômes vont en augmentant de plus en plus, l'œdème est considérable, mais ne dépasse pas le bassin ; le liquide s'est notamment reproduit; la dyspnée est intense et le malade meurt le 21 avril, sans autre phénomène spécial.

Autopsie. — Le foie est considérablement augmenté de volume et se présente à nous sous l'aspect d'une masse informe sous laquelle il est difficile au premier abord de reconnaître la glande hépatique. L'hypertrophie existe dans les deux lobes; les bords de l'organe sont presque complètement effacés et confondus avec les faces. La superficie est parsemée de noyaux indurés et jaunes grisâtres dont le volume varie depuis celui d'une lentille à celui d'une noix; la forme de ces noyaux est régulièrement sphérique; isolés dans certains points, on les voit s'agglomérer plus loin et former des tumeurs de la grosseur du poing; dans les espaces laissés libres par ces noyaux la coloration normale du foie ne se rencontre nulle part et partout c'est la couleur gris foncé qui frappe l'œil de l'observateur.

L'enveloppe épaissie porte les traces d'un processus inflammatoire, qui doit remonter à une époque éloignée et qui n'a donné lieu à aucune adhérence avec les organes voisins.

La consistance est uniformément dure et fibreuse et le doigt ne peut pénétrer le parenchyme.

Le poids atteint le chiffre de 3 kilos 500 grammes.

La glande résiste à la coupe et crie sous le couteau; sur une coupe pratiquée au niveau du bord droit, on constate une coloration jaune grisâtre diffuse avec quelques points noirs et d'autres absolument jaunes. Autour des veines sus hépatiques naissent des travées conjonctives qui vont en rayonnant s'enfoncer dans les espaces interlobulaires voisins. Par la pression on fait suinter une petite quantité de sang rouge; sur le lobe gauche la transformation fibreuse est encore plus accusée, on y trouve de nouveaux faisceaux conjonctifs circonscrivant des noyaux jaunâtres, de consistance molle au centre, de volume variable, mais se confondant de manière à envahir le parenchyme hépatique dans une étendue considérable dont les dimensions atteignent le volume du poing; à la périphérie des noyaux et sur tout le restant de la coupe coloration blanchâtre, nacrée; pas de sang à la pression.

Une coupe passant par le milieu du foie nous montre les deux tiers antérieurs de l'organe complétement envahi par la dégénérescence graisseuse avec des travées conjonctives très peu accusées par rapport à celles observées sur les autres coupes; dans le tiers supérieur et postérieur, pigmentation très accusée et dans une étendue de six centimètres carrés, transformation fibreuse complète rappelant par sa dureté et sa coloration le tissu cartilagineux.

La surface des poumons est parsemée dans toute son étendue d'un nombre infini de noyaux jaunes grisâtres analogues à ceux que nous avons signalés à l'endroit de la glande hépatique; dans les parties intermédiaires la coloration du poumon est normale. La coupe nous montre que toute l'épaisseur du parenchyme aussi bien à la base qu'au sommet est envahie par ces noyaux. A leur périphérie on observe une zone d'hépatisation rouge; leur centre est occupée par une matière pulpeuse de couleur grisâtre rappelant les caractères du pus concret.

Ces lésions existent également dans les deux poumons, qui pèsent: le droit 1200 grammes, et le gauche 1000 grammes.

Les ganglions bronchiques sont atteints de la même dégénérescence.

On ne trouve rien, dans le cœur ni dans l'aorte. Chaque rein pèse 270 grammes; ils sont congestionnés mais indemne de toute lésion organique.

Le pancréas, le duodenum, l'intestin le rectum et la vessie, n'offraient aucune altération pas plus que les organes génitaux.

Dans l'estomac on rencontre des trous de gastrite chronique, mais pas de lésion carcinomateuse,

Cerveau normal. La rate est volumineuse et pèse 900 grammes, mesure vingt centimètres de long et six centimètres cinquante d'épaisseur ; elle est dure à la coupe et paraît envahie par une hyperplosie conjonctive notable. L'urine recueillie était très alcaline, rouge, brune, après filtration avait un aspect trouble d'une odeur ammoniacale. Sa densité à + 15° marquait 1039 et l'urée pour 1000, 53, 12. Pas d'albumine, ni sucre, ni bile, mais seulement un dépôt abondant gris d'urate de soude, et 1,25 d'acide urique avec soude.

Troisième observation. — **Cancer primitif du foie à marche excessivement rapide.**

(Observation présentée par M. Budin, interne des hôpitaux, à la Société anatomique, janvier 1874, page 22.)

Jean Baptiste, 48 ans, grand buveur entre le 8 décembre 1873 à l'hopital Saint-Antoine, (service de M. le docteur Gombaud). Ce malade se plaint surtout d'éprouver une douleur au niveau du creux épigastrique et du foie, douleur qui s'irradie vers l'épaule droite. Il dit avoir éprouvé en 1866 une douleur analogue dans l'hypochondre droit laquelle disparut après l'application de douze ventouses scarifiées; dyspepsie, troubles gastriques; pression douloureuse au niveau de l'épigastre et surtout de l'hypochondre droit. Ni utère, ni ascite, ni trace de circulation collatérale. On perçoit la matité du foie, depuis 0,03 au-dessous du mamelon jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes. Pas d'albuminurie, le malade maigrit, la fièvre qui s'est manifestée dès le début, persista de plus en plus intense; de la dyspnée survint, et dix jours environ après son entrée, on sentait le bord libre du foie qui arrivait un peu au-dessus de l'ombilic.

Les douleurs persistèrent et devinrent très violentes, on dût faire matin et soir des injections morphinées vers le 24 décembre ; le foie descendait au-dessous de l'ombilic et constituait une énorme tumeur à surface lisse, non bosselée, à bord inférieur d'une régularité parfaite qui remplissait la cavité abdominale.

Il n'était survenu ni vomissements, ni utère, mais à cette date apparaissait un œdème généralisé du membre inférieur gauche: l'état général allant en s'aggravant de la diarrhée survient et le malade succomba dans la nuit du 27 au 28 décembre ;

Autopsie le 29 décembre: Rien de cancéreux dans la boîte cranienne; poumons, cœur, reins, rien.

Le foie est excessivement volumineux, sa surface est bien régulière présente une teinte rouge parsemée de taches blanchâtres. Il pèse 5 kil. 315 grammes. Sa forme générale ne diffère en rien de celle du foie à l'état normal ; il est seulement considérablement hyperthrophié. Des coupes faites dans l'intérieur permettent de constater suivant les points des aspects différents qui sont: 1° Une teinte générale gris blanc, accompagnant une consistance lardacée du tissu; 2° Des travées jaunâtres qui représentent le tissu hépathique disséminé au milieu de la masse totale ; 3° Des noyaux arrondis plus ou moins volumineux, ramollis quoique diffluents et de couleur violacée ; 4° Dans certaines parties une accumulation de points noirs hémorrhagiques de la grosseur d'une tête d'épingle. La vésicule biliaire était normale.

Pas de traces d'infiltration des pieds; deux litres de sérosité dans l'abdomen, nombreuses granulations cancéreuses sur le péritoine pariétal et viscéral, surtout dans le grand épiploon qui en est littéralement criblé. Foie énorme présentant à sa surface, des masses dures, légèrement ombiliquées du volume d'une grosse pomme. A la coupe on constate que le lobe droit presque tout entier est occupé par une masse énorme du volume d'une tête d'enfant, dure, homogène, de couleur jaune, sauf une zone à la périphérie qui est blanche. Dans cette zone on distingue de nombreux petits îlots blancs, moins durs. Les voies biliaires dans toute leur étendue sont saines; à la surface de la vésicule près de l'origine du canal cystique on remarque également une petite plaque cancéreuse paraissant développée sur le péritoine et n'exerçant d'ailleurs aucune compression des voies biliaires. L'estomac est le duodenum sont parfaitement sains; le pancréas normal, mais sa tête

est entourée d'une masse cancéreuse irrégulière, qui est facilement reconnue à la coupe comme une agglomération de ganglions lympatiques soudés entre eux, mais distincts. Ces ganglions se continuent sans interruption avec d'autres ganglions lympatiques également dégénérés, situés dans l'épiploon épigastrique jusqu'au foie.

Rate petite, saine. Reins normaux, poumons : le gauche présente un grand nombre de granulations cancéreuses, trois ou quatre ganglions bronchiques sont cancéreux ; le poumon droit, affaissé par la compression du foie ne présente pas de granulations bien visibles. Le cœur est petit et flasque.

L'examen microscopique fait par MM. Cornil d'un fragment de la glande circonscrivant la grosse masse du cancer hépatique, a montré des alvéoles ordinaires remplies de cellules cancéreuses, volumineuses. Malgré l'évidence de plusieurs tumeurs dans le foie nous sommes obligés d'admettre que la dégénérescence a débuté par cet organe, vu l'absence bien constatée d'un cancer primitif dans un autre organe. Le tube digestif notamment, y compris l'ampoule de Watter, a été minutieusement examiné.

Il est à remarquer que l'affection a dû rester un bon nombre de mois latente ; pour le malade, il ne s'est aperçu du volume de l'abdomen que peu de jours avant son entrée à l'hôpital.

Quatrième observation. — **Cancer primitif du foie.**

Observation présentée par M. Lépine, chef de Clinique (Bulletin de la Société anatomique, 1873).

Le nommé W.. , âgé de 58 ans, cantonnier de la ville de Paris.

Cet homme paraît plus âgé qu'il n'est, a fait autrefois des excès alcooliques, néanmoins il prétend que sa santé était bonne jusqu'au mois de mai dernier. A cette époque il fut exposé à un refroid, il est resté plusieurs heures, immobile en plein air, depuis lors il cessa son service ; il ne s'est pas alité, mais il a souffert de douleurs dans l'abdomen qui avaient le caractère de coliques et qui siégeaient surtout dans

le flanc gauche ; ces douleurs s'accompagnent de diarrhées répétées ; jamais il n'a souffert dans la région du foie.

Jamais d'ictère, ni d'ascite, ni d'œdème des pieds. Mais depuis deux ans, son appétit a beaucoup diminué, mais il prétend qu'avant le refroidissement il n'aurait jamais eu de troubles digestifs. A la palpation de l'abdomen on constate aisément que le foie est très volumineux et très dur ; son bord inférieur arrive presque juste à l'ombilic. Il n'est nullement tranchant mais arrondi comme une demi-sphère. En déprimant les parois on sent facilement que la surface de l'organe est parfaitement lisse et qu'elle présente uniformément une densité comme ligneuse ; pas d'apparence de fluctuation ; d'ailleurs la palpation n'est pas douloureuse au moment de l'entrée du malade ; ce n'est que les jours suivants qu'il souffre à l'appui d'explorations répétées.

Les urines sont assez fortement colorées, elles ne présentent ni albumine, ni matière colorante de la bile ; le sucre n'a pas été recherché. Plusieurs fois pendant son séjour, les urines ont été examinées, elles ont toujours offert les mêmes caractères et l'absence d'albumine et de biliverdine a été dûment constatée. Quelques jours après son entrée, le malade a commencé à souffrir du ventre, en même temps il s'est mis à délirer ; ce délire était parfois bruyant, agité ; puis on a constaté l'apparition d'une ascite légère ; pas d'ictère, mais une coloration qui ne se rapportait pas exactement à la teinte paille, mais qui était simplement cachectique. Cet état caractérisé par du délire avec la peau un peu chaude parfois, mais sans fièvre préalable, sans douleur abdominale, ni ascite, sans ictère, a duré plus de huit jours jusqu'à la mort.

L'estomac, le duodenum, le pancréas, l'épiploon étaient sains. Au devant de la colonne vertébrale, on trouva une masse ganglionnaire, bosselée, du volume d'un œuf, paraissant de même nature. La rate avait un volume double de celui qu'elle présente normalement ; il existait des petits infractus sur les bords en deux ou trois points différents.

La veine fémorale, les iliaques externe, interne et primitive sont complètement oblitérées par un caillot noir et peu adhérent.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un carcinome encéphaloïde du foie.

Il faut ajouter que le sujet portait une fracture ancienne de la voûte du crâne. Réunion osseuse et fibreuse, stalactites.

Ce que nous trouvons de remarquable dans cette observation, c'est la

rapidité de la mort dans ce cas où, pendant la maladie, plusieurs symptômes principaux et ordinaires du cancer du foie faisaient défaut; ainsi pas d'ictère, pas d'ascite, pas de trace de circulation collatérale et une mort si prompte avec douleurs aussi violentes.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

Dr PICOT.

Vu par le Doyen de la Faculté,

Dr DENUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,

H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

COLLINY. — Quelques observations de maladie de la moëlle épinière et de ses membranes, de purpura hémorrhagica et de cancer du foie (archives de médecine 1836, tom. X, page 195).

CRUVEILHIER. — Atlas d'anatomie pathologique, 1830-1842.

E. MONNERET. — Du cancer du foie (archives de médecine de Paris 1855, 5e série, tome V, pages 513 et 658).

LEBERT (H). — Traité des maladies cancéreuses et des affections curables, confondues avec le cancer, Paris 1851, page 573.

JULES SIMON. — De la leucocythémie. Thèse de Doctorat, Paris 1861.

LAUCEREAUX. — Anatomie pathologique 1870-1871.

JULES SIMON. — Article cancer du foie; dans le nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques 1872.

FRERICHS. — Maladie du foie. Trad. en 1877.

RENDU. — Article cancer du foie dans le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales et chirurgicales, 1878.

LABOULBÈNE. — Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, 1879.

LEDUC. — Cancer mélanique (société anat. 1879).

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : Muscles et nerfs de la région sus-hyoïdienne.

Physiologie : De la sécrétion de la bile et du rôle de ce liquide.

Chimie : Brome, iode et leurs principaux composés.

Histoire naturelle : Accroissement de la tige chez les dicotylédones.

Pathologie externe : Les signes de l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Pathologie interne : Etiologie de la tuberculose.

Pathologie générale : De l'albuminurie.

Histologie et anatomie générale : Tissu osseux.

Anatomie pathologique : Bronchite.

Médecine opératoire : Du traitement des fistules vésico-vaginales et rétro-vaginales.

Pharmacologie : Des pommades.

Matière médicale : Des scrophularinées et de la digitale en particulier.

Thérapeutique : Des alcaloïdes du quinquina.

Hygiène : De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale : Du viol et de la tentative de viol.

Accouchements : Des présentations du sommet.

6176. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue du Temple, 12.